BOSTON PSYCHOPATHIC HOSPITAL LIBRARY

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Herausgegeben von Sigm. Freud

XIII. Band 1927 Heft 2

Zur Technik der Deutung und der Widerstandsanalyse

Über die gesetzmäßige Entwicklung der Übertragungsneurose

Aus dem „Seminar für psychoanalytische Therapie" in Wien[1]

Von

Wilhelm Reich

Wien

Kollegen und Kolleginnen!

Die schwierigen Probleme der analytischen Technik, auf die wir im Laufe des letzten Jahres bei unseren Besprechungen gestoßen sind, lernten wir in ihrer vollen Bedeutung erst würdigen, als wir unser ganzes Interesse auf die Forderungen der Therapie konzentrierten. Die Theorie der Krankheitsfälle geht zwar voran, da wir nicht handeln können, wenn wir nicht verstanden haben; aber die technischen Probleme liegen nicht frei zutage, sie müssen aus der Fülle der Fragen theoretischer Natur, die jeder Fall aufgibt, erst reinlich herausgearbeitet und isoliert werden. Nur so werden sie zugänglicher. Die bisherigen Übersichtsreferate, die Einzelprobleme behandelten, zeigten, wie schwierig, aber auch wie dankbar diese Aufgabe ist. Mir fiel es zu, die Ergebnisse unserer Besprechungen allgemeiner zusammenzufassen, die Erfahrungen dieses Jahres zu systematisieren, kurz, zu sagen, was wir gelernt haben. Die aufgeworfenen Fragen waren aber zu vielseitig, in den Besprechungen wurde viel angeschnitten, nur weniges gründlich bearbeitet. Das genügt freilich vorderhand. Und so will ich versuchen, die markantesten Fragen, diejenigen, die uns am meisten beschäftigten, herauszuheben und die Ergebnisse zu ordnen.

1) Abschließendes Referat, gehalten am 14. Juni 1926.

Einige typische Fehler in der Deutungstechnik und ihre Folgen

Wir hatten oft Gelegenheit, an der analytischen Arbeit zwei Anteile zu unterscheiden; erstens die Herstellung des Kranken, zweitens seine Immunisierung, soweit sie schon in der Kur durchzuführen ist. Die erste Leistung selbst zerfiel wieder in die vorbereitende Arbeit der Einleitungsperiode und den eigentlichen Heilungsvorgang. Sie erinnern sich, daß wir uns bewußt auf das Studium der die Heilung einleitenden Arbeit eingeschränkt haben, um das Studium des Heilungsvorganges systematisch vorzubereiten. Unsere Unterscheidung ist zwar nur eine künstliche; schon die erste Widerstandsdeutung hat mit der eigentlichen Heilung viel zu tun. Aber wir lassen uns dadurch nicht beirren. Auch die Vorbereitungen zu einer Reise, mit der Freud die Analyse verglichen hat, haben mit der Reise selbst viel zu tun, ihr Gelingen mag von ihnen abhängen. In der Analyse jedenfalls hängt alles von der Einleitung der Behandlung ab. Wir haben gelernt, daß ein falsch oder unklar eingeleiteter Fall nur schwer, häufig gar nicht mehr zu retten ist. Die meisten der im Seminar besprochenen Fälle hatten die typischen Schwierigkeiten der Einleitungsperiode geboten, ihre Analyse hatte hier zu stocken begonnen, gleichgültig, ob sie zwei oder zwanzig Monate in Behandlung standen. Ja, die Fehler, die bei der Einleitung der Behandlung begangen wurden, ließen sich um so schwerer beheben, je länger die Behandlung ohne Korrektur fortgeführt wurde.

Welcher Art sind nun diese besonderen und typischen Schwierigkeiten der Einleitungsperiode?

Skizzieren wir, bloß zur leichteren Orientierung, das Ziel, zu dem die Analyse durch die Einleitungsperiode vorzudringen hat. Sie muß zu den Energiequellen der Symptome und des neurotischen Charakters gelangen, um dort den Heilungsprozeß in Gang zu setzen. Dazwischen stehen die Widerstände des Kranken und unter ihnen besonders hartnäckig die, die sich aus den Übertragungskonflikten herleiten. Sie sollen bewußt gemacht, gedeutet und vom Kranken aufgegeben, d. h. innerlich entwertet werden. So dringt er immer tiefer zu den affektbesetzten Erinnerungen aus der kindlichen Frühzeit vor. Für uns existierte die letztlich viel diskutierte Frage gar nicht, was wesentlicher sei: das affektive Wiedererleben (Agieren) oder das Erinnern. Die Klinik bestätigte die Freudsche Forderung, daß der Patient, der das Erlebte mit Vorliebe agierend wiederholt, nicht nur das Agierte verstehen, sondern auch affektvoll erinnern müsse, um seine Konflikte an der Wurzel zu erledigen. Aber ich will unserem Programm nicht vorgreifen und habe das bloß erwähnt, um nicht den Eindruck zu

erwecken, als sähen wir in der Widerstands- und Übertragungsanalyse die ganze Leistung, nur weil wir in diesem Jahre nichts anderes taten als Widerstandstechnik studieren.

Welche Entwicklung nahmen unsere Fälle statt der zum geordneten affektiven Erinnern?

Ich erinnere Sie an die Fälle, die daran gescheitert sind, daß der Analytiker sich in der Fülle des zutage geförderten Materials infolge der vielen heterogenen Übertragungen schließlich nicht auskannte. Wir nannten das eine „chaotische Situation" und sahen, daß sie durch bestimmte Fehler in der Deutungstechnik verursacht war. Denken Sie auch an die vielen Fälle, bei denen die negative Übertragung übersehen wurde, weil sie hinter manifest positiven Haltungen verborgen war, und schließlich an jene Fälle, die trotz tiefgehender Erinnerungsarbeit keinen Erfolg erzielten, weil ihre Affektlahmheit zu wenig beachtet oder nicht in allererster Linie der Analyse unterzogen wurde.

Im Gegensatze zu diesen Fällen, die scheinbar in Ordnung verlaufen, in Wahrheit chaotisch enden, sind Ihnen auch jene gut bekannt, die „nicht gehen", d. h. keine Assoziationen liefern und Ihren Bemühungen passive Resistenz entgegensetzen; ich erwähne sie nur der Vollständigkeit halber, ohne auf sie näher einzugehen, weil solche Fälle hier noch nicht zur Besprechung gelangt sind.

Wenn ich Ihnen nun einige meiner eigenen krassen Mißerfolge skizziere, werden Sie gleich erkennen, daß sie von keiner anderen Art sind als die, die uns hier beschäftigten. Die Gleichartigkeit der meisten dieser Mißerfolge weist auf typische Fehler hin, die wir in der Einleitungsperiode begehen, Fehler, die nicht mehr zu den bekannten groben Anfängersünden zu zählen sind. Wir wollen darüber nicht verzweifeln, denn kein Geringerer als Ferenczi sagte einmal, daß uns jede neue Erfahrung einen Fall kostet. Es kommt nur darauf an, den Fehler zu sehen und in Erfahrung umzusetzen. In keinem Zweige der Medizin ist es anders; nur das Beschönigen und das Verheimlichen der Mißerfolge wollen wir unseren Kollegen vom anderen Fach überlassen.

Ein Patient, der an Minderwertigkeitsgefühlen und Befangenheit litt, agierte in der Analyse seine Impotenz („Ich kann nichts") in Form von Einfallslosigkeit. Statt die Natur dieses Widerstandes zu erraten und zu klären und die dahinter verborgenen Herabsetzungstendenzen bewußtzumachen, sagte ich ihm immer wieder, daß er nicht arbeiten wolle und keinen Gesundungswillen habe. Ich hatte damit ja nicht ganz unrecht, aber die Analyse scheiterte daran, daß ich sein „Nichtwollen" nicht weiter bearbeitete, daß ich die Gründe des Nichtkönnens nicht deutete, sondern

mich von meiner eigenen Unfähigkeit zu diesen sinnlosen Vorwürfen verleiten ließ. Jeder Patient hat die Tendenz, krank zu bleiben, und ich weiß, daß die Redewendung „Sie wollen nicht gesund werden" ohne weitere Erklärungen, einfach als Vorwurf, von vielen Analytikern in unklaren Situationen gebraucht wird. Sie sollte doch aus dem Sprachschatze des Analytikers verschwinden und durch Selbstkontrolle ersetzt werden. Denn auch das mußten wir einsehen: Jede unklar bleibende Stockung in einer Analyse ist Schuld des Analytikers.

Ein anderer Fall hatte in dreijähriger Analyse die Urszene samt dem ganzen Zubehör erinnert, aber nicht e i n mal war seine Affektlahmheit gewichen, nicht e i n mal hatte er dem Analytiker jene Vorwürfe gemacht, die er gegen den Vater — allerdings affektlos — dachte. Er wurde nicht geheilt. Ich hatte seinen verhaltenen Haß nicht zu entwickeln verstanden. Dieses Beispiel wird manchen Gelegenheit geben, zu triumphieren: Endlich das Zugeständnis, daß die Aufdeckung der Urszene therapeutisch nichts nütze! Die Betreffenden irren. Ohne Analyse der frühesten Erlebnisse gibt es keine wirkliche Heilung. Es kommt nur darauf an, daß mit den dazugehörigen Affekten erinnert wird.

In einem weiteren Falle war es geschehen, daß in der zweiten Woche in einem Traume die Inzestphantasie klar zutage trat und der Patient selbst den wahren Sinn erkannte. Ich hörte ein Jahr lang nichts mehr davon; der Erfolg war dementsprechend schlecht. Ich war um die Erfahrung reicher, daß man gelegentlich allzu rasch emportauchendes Material unterdrücken muß, bis das Ich stark genug geworden ist, es zu verarbeiten.

Ein Fall von Erythrophobie scheiterte daran, daß ich dem gebotenen Material überallhin deutend folgte, ohne vorerst die Widerstände säuberlich beseitigt zu haben. Sie kamen hinterher, allerdings in chaotischer Folge und überstark; ich hatte meine Munition verschossen, meine Erklärungen blieben wirkungslos, eine Ordnung war nicht mehr zu erzielen. Ich versichere Sie, daß ich damals, im dritten oder vierten Jahre meiner analytischen Praxis, nicht mehr so sehr Anfänger war, daß ich gedeutet hätte, wenn das Unbewußte sich nicht klar und eindeutig gezeigt hätte und der Patient nicht selbst nahe an der Lösung gewesen wäre, wie F r e u d forderte. Das allein genügt aber offenbar nicht, denn diese chaotische Situation war von der gleichen Art wie die hier besprochenen.

Ein Fall klassischer Hysterie mit Dämmerzuständen hätte den schönsten Erfolg erzielt, — das darf ich nach späteren Erfahrungen an ähnlichen Fällen sagen, — wenn ich die Reaktionen der Patientin auf die Analyse der positiven Übertragung, d. h. ihren reaktiven Haß, rechtzeitig erfaßt

und richtig behandelt hätte. Ich ließ mich aber von den — allerdings schönen — Erinnerungen in ein Chaos hineinlocken, aus dem ich nicht wieder hinausfand, und die Patientin behielt ihre Dämmerzustände.

Mehrere böse Erfahrungen, die ich infolge fehlerhafter Handhabung der Übertragung anläßlich der Enttäuschungsreaktion gemacht habe, lehrten mich, die Gefahr zu würdigen, die die aus der Übertragungsliebe durch Enttäuschung hervorgegangene oder originäre negative Übertragung für die Analyse hat. Und erst als ich mir von einem Patienten, der eineinhalb Jahre in guter positiver Übertragung glänzend erinnert hatte und trotzdem keinen Erfolg hatte, viele Monate nach Abbruch der Analyse sagen lassen mußte, daß er mir nie getraut hatte, lernte ich die Gefahr der latent bleibenden negativen Übertragung richtig einschätzen und suchte erfolgreich nach Mitteln, sie stets aus ihren Verstecken hervorzuholen, um einen solchen Schock nicht mehr zu erleben und — *last not least* — meine therapeutische Pflicht besser zu erfüllen.

Auch hier im Seminar waren wir, wie Ihnen aufgefallen sein dürfte, in den meisten Sitzungen mit der negativen Übertragung, besonders der latenten, beschäftigt. Das war also nicht allein ein individueller blinder Fleck, sondern das Übersehen der negativen Übertragung scheint ein allgemeines Vorkommnis zu sein. Zweifellos ist das, wie bereits Kollege Sterba in seinem Referat über diesen Gegenstand ausführte,[1] auf unseren Narzißmus zurückzuführen, der uns zwar Komplimente gerne hören läßt, aber gegen alle negative Strömung im Patienten, wenn sie nicht grob aufgetragen ist, völlig blind macht. Es fällt auf, daß in der analytischen Literatur immer nur die positive Einstellung gemeint ist, wenn von Übertragung gesprochen wird, und bis auf die Arbeit von Landauer („Passive Technik") das Problem der negativen Übertragung meines Wissens vielfach vernachlässigt wurde.

Das Übersehen der negativen Übertragung ist nur einer der vielen Fehler, die den Ablauf der Analyse verwirren. Die von uns so benannte „chaotische Situation" haben Sie alle erlebt, meine Schilderung kann sich also auf das Allergröbste beschränken.

Die Erinnerungen und Aktionen sind sehr zahlreich, folgen aber dauernd wirr aufeinander, der Analytiker erfährt sehr viel, der Patient bringt viel Material aus allen Schichten seines Unbewußten, aus allen Lebensaltern, alles liegt sozusagen in großem Haufen da; nichts ist im Sinne des therapeutischen Zieles durchgearbeitet, der Patient hat trotz der Fülle des Materials keine Überzeugung von dessen Bedeutung gewonnen. Der Ana-

1) Sterba, Über latente negative Übertragung. (Erscheint in diesem Heft. D. Red.)

lytiker hat viel gedeutet, aber die Deutungen haben die Analyse nie nach der einen oder anderen Richtung vertieft; der Eindruck ist deutlich, daß alles, was der Patient geboten hat, im Dienste eines geheimen, unerkannten Widerstandes stand. Gefährlich werden solche chaotische Analysen dadurch, daß man lange glaubt, sie gingen sehr gut, nur weil der Patient „Material bringt", bis man, gewöhnlich zu spät, erkennt, daß der Kranke sich im Kreise gedreht und das gleiche Material immer nur in anderer Beleuchtung gezeigt hat. Aber auf diese Weise könnte er auch jahrelang seine Analysestunden ausfüllen, ohne daß sich das geringste in seinem Wesen änderte.

Bemüht, die Ursachen solcher chaotischer Situationen zu finden, sahen wir bald, daß daran folgende Mängel in der Deutungstechnik schuld waren:

1) Zu frühe Deutung des Sinnes der Symptome und anderer Äußerungen des zutiefst Unbewußten, besonders der Symbole. Der Patient bemächtigte sich im Dienste seiner geheim gebliebenen Widerstände der Analyse und zu spät bemerkt man, daß er sich, völlig unangetastet, im Kreise dreht.

2) Deutungen des Materials in der Reihenfolge, in der es sich klar geboten hat, ohne daß Rücksicht auf den Aufbau der Neurose und die Schichtung des Materials genommen wurde. Der Fehler beruht darin, daß man nur deshalb deutete, weil das Material klar zutage trat (unsystematische Sinndeutung).

3) Aber nicht nur, daß man überallhin deutend folgte, brachte die Analyse in Unordnung, sondern auch, daß dies geschah, ehe die kardinalen Widerstände bearbeitet wurden. Die Sinndeutung ging der Widerstandsdeutung voraus. Die Situation wurde noch mehr verwickelt dadurch, daß die Widerstände sich sehr bald mit der Beziehung zum Arzt verknüpften und die unsystematischen Widerstandsdeutungen auch die Übertragungssituation komplizierten.

4) Die Deutung der Übertragungswiderstände war nicht nur unsystematisch, sondern auch inkonsequent, d. h. es wurde zu wenig darauf geachtet, daß der Patient die Tendenz hat, seine Widerstände wieder zu verbergen, beziehungsweise durch unfruchtbare Leistungen oder akute Reaktionsbildungen zu maskieren. Die latenten Übertragungswiderstände wurden meist übersehen oder man fürchtete, sie zur Entfaltung zu bringen und ihnen konsequent nachzugehen, wenn sie sich — in welcher Form immer — verbargen.

Diesen Fehlern liegt vermutlich eine unrichtige Auffassung der Freudschen Regel zugrunde, daß man dem Patienten die Führung in

der Analyse überlassen solle. Damit konnte nur gemeint sein, daß man die Arbeit des Kranken nicht stören soll, wenn sie im Sinne seines bewußten Gesundungswillens und unserer Heilungsabsichten verläuft. Wir müssen aber selbstverständlich eingreifen, sobald die Furcht des Patienten, seine Konflikte auszukämpfen, und sein Krankheitswille diesen Ablauf stören.

Geordnete Deutung und Widerstandsanalyse

Ich habe nun an unseren Leistungen genügend Kritik geübt und fürchte fast, Ihre Geduld allzusehr in Anspruch genommen zu haben, um so mehr, als Sie jetzt fragen werden, wie denn die richtige Technik aussehe, und diese Frage zu beantworten bei weitem nicht so leicht ist wie zu kritisieren. Aber ich bin überzeugt, daß Sie genügend Einsicht in die Schwierigkeiten des Themas gewonnen haben, um von mir nicht mehr als allgemeinste und nur das Gröbste betreffende Folgerungen aus den eingesehenen Fehlern zu fordern.

Ehe ich damit beginne, muß ich der Besorgnis Ausdruck geben, daß wir uns in einer Schlinge fangen könnten, die in der Diskussion dieses ganz eigenartigen Themas liegt: Wir haben mit lebendigem und fließendem seelischen Geschehen zu tun und können nichts dafür, daß es erstarrt, sobald wir es in Worte fassen und in Sätzen dem Zuhörer vermitteln wollen. Was jetzt folgt, wird vermutlich sehr den Eindruck eines starren Schemas machen und ist doch kaum mehr als eine rohe Skizze über das Gebiet, das wir überblicken und noch genau zu studieren haben. Nur einiges Auffallende ist eingezeichnet, anderes ebenso Wichtige mußte vorderhand vernachlässigt werden; auch die differenzierende Detailarbeit fehlt. Wir müssen daher auch jederzeit bereit sein, die Skizze zu korrigieren, wenn sich das eine oder das andere als falsch oder weniger bedeutsam oder nicht allgemein zutreffend erweisen sollte. Es kommt nur darauf an, daß wir uns verständigen können und nicht aneinander vorbeireden, indem jeder eine andere Sprache spricht. Das, was in der folgenden Darstellung schematisch erscheint, ist nicht mehr als ein Orientierungsmittel. Man findet aus einem Gestrüpp nicht wieder heraus, wenn man sich nicht an einige feste Stützpunkte, etwa an auffallende Formationen des Geländes hält oder einen Kompaß benützt. Ähnliches soll bei unserer Untersuchung der seelischen Vorgänge während der Behandlung die Ordnung leisten, die *ad hoc* geschaffen wird, nur zum Zwecke der Orientierung. Auch das Schema, das automatisch entsteht, sobald man ein Phänomen von den anderen absondert und isoliert betrachtet, ist nur ein wissenschaftlicher Notbehelf. Im übrigen tragen wir ja das

Schema, die Regel, das Prinzip nicht an den Fall heran, sondern betrachten ihn vorurteilsfrei und gewinnen die Orientierung an seinem Material, seinem Verhalten, an dem, was er verbirgt oder als Gegenteil darstellt; erst dann befassen wir uns mit der Frage: Wie verwende ich das, was ich von diesem Fall weiß, am besten für die Technik dieses Falles? Sollte sich nach reichlicher Erfahrung herausstellen, was Freud am Budapester Kongreß für wünschenswert hielt, daß wir Widerstandstypen aufstellen können, dann werden wir es leichter haben, aber auch dann werden wir in jedem einzelnen Falle abwarten müssen, ob er diese oder jene Art typischer Widerstände zeigt oder etwa keine Gemeinsamkeiten mit anderen Fällen hat. Die geheime negative Übertragung ist nur ein solcher typischer Widerstand. Wir dürfen daher nicht schon morgen bei unseren Kranken nur mehr diesen Widerstand sehen oder ein anderes Orientierungsmittel sofort anwenden. Dieses Mittel kann nur am Material des Patienten gewonnen werden.

Wir haben uns bereits im Laufe dieses Jahres darauf geeinigt, daß man mit tiefergehenden Deutungen zurückhalten muß, solange die erste Front der kardinalen Widerstände nicht erschien und beseitigt wurde, mag das Material noch so gehäuft, klar und an sich deutbar sein. Je mehr ein Patient an Erinnerungsmaterial bietet, ohne die entsprechenden Widerstände produziert zu haben, desto mißtrauischer muß man sein. Auch sonst wird man, vor die Wahl gestellt, Inhalte des Unbewußten zu deuten oder gesichtete Widerstände anzugehen, das letztere vorziehen. Unser Grundsatz lautete: Keine Sinndeutung, wenn eine Widerstandsdeutung notwendig ist. Die Begründung ist einfach genug. Deutet man vor der Auflösung der dazugehörigen Widerstände, so akzeptiert der Patient die Deutung entweder aus Übertragungsgründen und wird sie auf die erste negative Haltung hin restlos entwerten, oder der Widerstand folgt hinterher. In beiden Fällen hat die Deutung ihre therapeutische Kraft eingebüßt, sie ist verpufft, eine Korrektur gelingt nur sehr schwer oder gar nicht mehr. Der Weg, den die Deutung ins tiefe Unbewußte nehmen muß, war versperrt.

Wir haben gesehen, wie wichtig es ist, den Patienten in den ersten Wochen der Behandlung bei der Entfaltung seiner „analytischen Persönlichkeit“ nicht zu stören; auch die Widerstände können nicht gedeutet werden, ehe sie sich voll entfaltet haben und vom Analytiker in der Hauptsache verstanden wurden. Der Zeitpunkt der Widerstandsdeutung wird natürlich von der Erfahrung des Analytikers wesentlich bestimmt; dem Erfahrenen werden geringe Anzeichen genügen, während der Anfänger in demselben Falle zu ihrem Verständnis grobe Aktionen brauchen

wird. Nicht selten hängt es nur von der Erfahrung ab, ob und an welchen Anzeichen man latente Widerstände erkennt. Hat man den Sinn solcher Widerstände erfaßt, wird man sie durch konsequente Deutung bewußtmachen, d. h. zuerst dem Patienten klarmachen, daß er Widerstände hat, dann, wogegen sie sich richten.

Wenn dem ersten Übertragungswiderstand keine ausreichende Erinnerungsarbeit vorangegangen ist, so begegnen wir bei seiner Auflösung einer großen Schwierigkeit, die mit zunehmender Übung und Erfahrung des Analytikers geringer wird; sie besteht darin, daß man, um den Widerstand aufzulösen, das dazugehörige und in ihm enthaltene unbewußte Material kennen muß, aber andererseits zu diesem Materiel nicht gelangen kann, weil der Widerstand es sperrt. Wie der Traum, hat auch jeder Widerstand einen historischen Sinn (eine Herkunft) und eine aktuelle Bedeutung. Jener Zirkel läßt sich nun in der Weise durchbrechen, daß man aus der aktuellen Situation, die man ja im Werden beobachtet hat, und aus der Form und den Mitteln des Widerstandes seinen aktuellen Sinn und Zweck errät und ihn durch eine entsprechende Deutung soweit beeinflußt, daß das entsprechende infantile Material zum Vorschein kommt; erst mit dessen Hilfe läßt sich der Widerstand völlig auflösen. Für das Auffinden der Widerstände und das Erraten ihres aktuellen Sinnes gibt es natürlich keine Regeln; das sind zum überwiegenden Teile intuitive Akte — hier beginnt die nicht lehrbare analytische Kunst. Je weniger lärmend und je geheimer die Widerstände sind, je mehr der Patient täuscht, desto sicherer werden die intuitiven Akte des Analytikers sein müssen, um ihrer Herr zu werden.

Die Anzeichen und Formen der latenten Widerstände bedürfen einer eigenen Abhandlung, für die wir im nächsten Jahre gewiß noch reichlich Erfahrungen sammeln werden. Heute will ich nur kurz definieren, was wir unter einem „latenten Widerstand" verstanden haben. Das sind Haltungen des Patienten, die sich nicht direkt und unmittelbar äußern, wie etwa in Form von Zweifel, Mißtrauen, Zuspätkommen, Schweigen, Trotz, Einfallslosigkeit usw., sondern indirekt in der Art der analytischen Leistung; so deutet etwa Übergehorsam oder völliger Mangel an manifesten Widerständen auf geheime und daher um so gefährlichere passive Resistenz hin. Ich pflege solche latente Widerstände anzugehen, sobald ich sie wahrnehme, und scheue auch nicht davor zurück, den Fluß der Mitteilungen aufzuhalten, wenn ich soviel erfahren habe, als zu ihrem Verständnis nötig ist. Denn die Erfahrung lehrt, daß auch die therapeutische Wirkung der analytischen Mitteilungen verloren geht, wenn sie bei ungelösten Widerständen erfolgen.

Wir können die Diskussion der Deutungstechnik nicht fortsetzen, ohne die Entwicklung und Behandlung der Übertragungsneurose einzubeziehen.

In der richtiggehenden Analyse dauert es nicht lange, bis sich der erste große Übertragungswiderstand einstellt. Machen wir uns zunächst klar, warum sich der erste bedeutungsvolle Widerstand gegen die Fortsetzung der Analye automatisch und in einer der Struktur des Falles entsprechenden Gesetzmäßigkeit mit der Beziehung zum Analytiker verknüpft; was ist das Motiv des „Übertragungszwanges" (Ferenczi)? Durch die Grundregel, auf deren Befolgung wir beharren, haben wir das Verpönte, das dem Ich nicht Genehme aufgestöbert. Früher oder später setzt beim Patienten eine verschärfte Abwehr des Verdrängten ein; der Widerstand ist zunächst gegen das Verdrängte allein gerichtet, aber der Patient weiß nichts davon, weder daß er etwas Verpöntes in sich trägt, noch daß er es abwehrt. Die Widerstände sind, wie Freud gezeigt hat, selbst unbewußt. Der Widerstand ist aber eine Affektregung, die einem vermehrten Energieaufwand entspricht, und kann deshalb nicht verborgen bleiben. Wie alles, was irrational begründet ist, strebt auch diese Affektregung nach einer rationalen Begründung, nach einer Verankerung in einer realen Beziehung. Was liegt nun näher, als zu projizieren, und auf den zu projizieren, der den ganzen Konflikt durch die unangenehme Grundregel hervorgerufen hat? Durch die Verlagerung der Abwehr — vom Unbewußten auf den Arzt — schleicht sich auch der betreffende Inhalt des Unbewußten in den Widerstand ein; auch der Inhalt wird auf den Arzt projiziert. Er wird etwa zum Bösewicht wie der Vater oder zum liebenswerten Geschöpf wie die Mutter. Es ist klar, daß diese Abwehr zunächst nur eine negative Haltung zeitigen kann. Der Analytiker wird als Vertreter des *Ubw* zwangsläufig zum Feind, gleichgültig, ob es sich dabei um projizierte Liebes- oder Haßregungen handelt, denn in beiden Fällen liegt Abwehr, Ablehnung vor.

Wenn zuerst Haßregungen projiziert werden, so ist der Übertragungswiderstand eindeutig negativ. Wenn solches mit Liebestendenzen zuerst geschieht, so geht dem echten Übertragungswiderstand eine Zeit lang manifeste, aber nicht bewußte positive Übertragung voraus. Ihr Schicksal ist aber regelmäßig, daß sie sich in reaktive negative Übertragung verwandelt, einerseits weil ja die Enttäuschung nie ausbleibt („Enttäuschungsreaktion"), andererseits weil sie abgewehrt wird, sobald sie unter dem Drucke sinnlicher Strebungen bewußt werden will; und jede Abwehr zeitigt negative Haltungen.

In topischer Beschreibung würden wir sagen, das Ich entwickle immer

eine abwehrende Haltung gegen das Streben des *Ubw*, beziehungsweise gegen seinen durch Projektion entstandenen Vertreter in der Außenwelt, den Arzt, während das Es entweder Liebe oder Haß überträgt. Es ist klar, daß der negative Ichwiderstand vor dem Eswiderstand gedeutet werden muß; ist er doch in jedem Falle topisch der oberflächlichere. Darauf komme ich später noch zurück.

Die Frage, warum wir diesen Ichwiderstand einen „negativen Übertragungswiderstand" nennen, läßt sich leicht beantworten. Negativ nennen wir ihn, weil es sich dabei um Abwehr und Ablehnung handelt; und eine Übertragung liegt vor, weil sich das Ich des Kranken in seiner Abwehr jener Triebkräfte bedient, die seinerzeit vom Es aus eine ablehnende Haltung gegen ein gehaßtes Objekt begründeten.

Wir müssen also im Beginne auf folgende typische Übertragungen und entsprechende Übertragungswiderstände gefaßt sein:

1) Manifest echte positive Übertragung. Der sinnliche Anteil, der immer mitschwingt, bleibt meist unbewußt.

2) Manifest echte negative Übertragung (Haß, Mißtrauen, Zweifel usw.).

Da die positive Übertragung aus den früher erwähnten Gründen sich immer in negative Übertragung verwandelt, gibt es weitere zwei Möglichkeiten:

1 a) Die reaktive negative Übertragung wird manifest und äußert sich dann in der gleichen Weise, wie in anderen Fällen die originäre; oder

1 b) sie bleibt latent und erscheint als reaktive positive Übertragung.

Im Falle *1 a* haben wir eine positive Übertragung unter dem Bilde der negativen, im Falle *1 b* eine negative Übertragung unter dem Bilde der positiven vor uns.[1]

Auch das Schicksal der echten negativen Übertragung ist verschieden. Entweder sie äußert sich als solche oder sie wird, so wie es im Falle *1 b* mit der reaktiven negativen Haltung geschieht, unter dem Drucke von Schuldgefühlen in Liebe verwandelt. Die „latente negative Übertragung unter dem Bilde der positiven" kann also sowohl aus der echten Erosstrebung wie auch aus dem Destruktionstrieb hervorgehen. Nur die Schichtung ist in beiden Fällen verschieden. Dort stoßen wir bei der Analyse der Reihe nach auf reaktive Liebe aus Schuldgefühl — reak-

1) Der sadistische Übertragungswiderstand sieht zwar wie ein negativer aus, ist aber seinem Wesen nach zu den Widerständen der positiven Übertragung zu rechnen.

tiven Haß aus Enttäuschung — echte Erosstrebung, hier finden wir nach der reaktiven Liebe den echten originären Haß und erst tief verdrängt dahinter die echte Erosstrebung.

Das technische Problem der latenten negativen Übertragung erschien uns allen hier so bedeutsam, daß wir uns über die Notwendigkeit einer eigenen Untersuchung ihrer mannigfachen Äußerungsformen und ihrer Behandlung einig sind. Einen Spezialfall hat ja Kollege Sterba in seinem Referat bereits behandelt. Ich will jetzt bloß rasch einige typische Krankheitsbilder aufzählen, bei denen wir am ehesten auf latent bleibende negative Übertragung gefaßt sein müssen. Das sind:

1) Die übergehorsamen, überfreundlichen, sehr zutraulichen, die „braven" Patienten; die Fälle, die stets in positiver Übertragung sind und nie eine Enttäuschungsreaktion zeigen. (Meist passiv-feminine Charaktere oder weibliche Hysterien mit nymphomanem Einschlag.)

2) Die stets streng Konventionellen und Korrekten; das sind gewöhnlich Zwangscharaktere, die ihren gesamten Haß in „Höflichkeit um jeden Preis" umgesetzt haben.

3) Die affektlahmen Patienten; sie zeichnen sich wie die Korrekten durch eine überstarke, aber gesperrte Aggressivität aus. Das sind ebenfalls zumeist Zwangscharaktere, doch zeigen häufig auch weibliche Hysterien eine oberflächliche Affektlahmheit.

4) Fälle, die über Unechtheit ihrer Gefühle und Gefühlsäußerungen klagen, also an Depersonalisation leiden. Zu diesen gehören auch solche Kranke, die bewußt und gleichzeitig zwanghaft „schauspielern", d. h. im Hintergrunde des Bewußtseins wissen, daß sie den Arzt täuschen. Bei solchen Kranken, die meist der Gruppe der narzißtischen Neurosen vom hypochondrischen Typus angehören, entdeckt man regelmäßig ein „inneres Lächeln" über alles und jeden, das ihnen selbst zur Qual wird. Es stellt die Analyse vor die schwierigsten Aufgaben.

Da die Form und die Schichtung des ersten Übertragungswiderstandes durch die individuellen infantilen Liebesschicksale bedingt sind, können wir eine geordnete, von unnötigen Komplikationen freie Analyse der infantilen Konflikte nur dann erzielen, wenn wir dieser Schichtung bei unseren Deutungen in der Übertragungsanalyse streng Rechnung tragen. Nun hängen aber von unseren Deutungen zwar nicht die Inhalte der Übertragungen ab, wohl aber wird die Reihenfolge, in der sie akut werden, von der Deutungstechnik bestimmt. Es kommt nicht nur darauf an, daß die Übertragungsneurose entsteht, sondern auch daß sie in ihrer Entstehung der gleichen Gesetzmäßigkeit folgt wie ihr Vorbild, die Urneurose, und daß

sie auch die gleiche Schichtung in den Triebkräften aufweist wie diese. Freud hat uns verstehen gelehrt, daß uns die Urneurose nur über die Übertragungsneurose zugänglich wird. Es ist nun klar, daß wir um so leichteres Spiel haben, je vollständiger und geordneter sich die Urneurose auf der Spule der Übertragung aufwickelt. Diese Aufwicklung erfolgt natürlich in umgekehrter Reihenfolge. Sie werden begreifen, daß eine fehlerhafte Analyse der Übertragung, etwa die Deutung einer Haltung aus tieferer Schichte, mag die Haltung noch so deutlich und die Deutung noch so zutreffend sein, die Kopie der Urneurose verwischen, die Übertragungsneurose in Unordnung bringen wird. Die Erfahrung lehrt, daß wir nichts dazu zu tun brauchen, damit sich die Übertragungsneurose in Ordnung, dem Gerüst der Neurose entsprechend, entwickle. Wir müssen nur zu frühe, zu tief greifende und unsystematische Deutungen vermeiden.

Um ein schematisches Beispiel zur Illustration heranzuziehen: Wenn etwa ein Patient zuerst die Mutter liebte, dann den Vater haßte, schließlich aus Angst die Mutter aufgab und seinen Vaterhaß in passiv-feminine Liebe zum Vater verwandelte, so wird er bei richtiger Widerstandsanalyse in der Übertragung zuerst seine passiv-feminine Haltung, das letzte Resultat seiner Libidoschicksale, zeigen. Eine systematische Widerstandsanalyse wird als zweites den dahinter verborgenen Vaterhaß zur Entfaltung bringen, und erst nach dessen Durcharbeitung wird die Neubesetzung der Mutter erfolgen, zunächst durch Übertragung der Mutterliebe auf den Analytiker. Von hier kann sie dann auch auf eine Frau in der Realität übertragen werden.

Bei diesem vereinfachten Beispiel bleibend, können wir eine weniger günstige Entwicklung, die möglich wäre, besprechen. Der Patient zeigt etwa manifest positive Übertragung und bringt in diesem Zusammenhange nebst Träumen, die seiner passiv-femininen Haltung entsprechen, auch solche, die seine Bindung an die Mutter beinhalten. Beide wären gleich deutlich und deutbar. Erkennt der Analytiker die wahre Schichtung der positiven Übertragung, ist ihm klar, daß an der positiven Übertragung die reaktive Liebe zum Vater die oberflächlichste, der Haß gegen ihn die zweite und die übertragene Liebe zur Mutter die tiefste Schicht ist, so wird er gewiß diese letzte Haltung, trotz ihrer Aufdringlichkeit, unangetastet lassen. Griffe er aber etwa die übertragene Liebe zur Mutter zuerst heraus, so stünde zwischen seinen Deutungen, die die Inzestliebe beträfen, und dem Erlebnis des Patienten als mächtiger und undurchdringlicher Widerstandsblock der latente und auf den Arzt in reaktiver Form übertragene Haß gegen den Vater. Die Deutung, die die topisch höhere Schichte des Mißtrauens, des Unglaubens und der Ablehnung zu passieren

hätte, würde zum Scheine akzeptiert, bliebe natürlich therapeutisch unwirksam und hätte nur das eine zur Folge, daß der Patient, durch diese Deutung innerlich erschreckt und gewarnt, seinen Vaterhaß noch intensiver verbergen und aus verstärktem Schuldgefühl noch „braver" würde. Die chaotische Situation wäre, in dieser oder jener Form, fertig.

Es kommt also darauf an, aus der Fülle des aus vielen seelischen Schichten strömenden Materials dasjenige Stück herauszugreifen, das im aktuellen oder vorangegangenen Übertragungswiderstand eine zentrale Stelle einnimmt und nicht von anderen Haltungen überdeckt ist. So theoretisch das klingt; Sie haben sich überzeugt, daß dieses Prinzip in jedem Durchschnittsfalle durchzuführen ist.

Was geschieht nun mit dem übrigen aktuell weniger wichtigen Material? Zumeist genügt es, daß man darauf nicht eingeht. Dadurch tritt es automatisch wieder zurück. Es kommt aber häufig vor, daß der Patient eine Haltung oder eine bestimmte Erlebnissphäre vorschiebt, um aktuell Wichtigeres zu verbergen. Es ist nach all dem Gesagten klar, daß man einen solchen Widerstand beseitigen muß, indem man, die Situation aufklärend, das „Material lenkt", das heißt ständig auf das hinweist, das verborgen wird, und das Vorgeschobene nicht beachtet. Ein typisches Beispiel dafür ist das Verhalten des Kranken bei latenter negativer Übertragung; er versucht, seine geheime Kritik und seine Ablehnung durch forciertes Loben des Analytikers und der Analyse zu verbergen. Durch die Analyse dieses Widerstandes gelangt man leicht auch zu seinem Motiv, zur Angst, Kritik zu üben.

Nur selten ist man genötigt, rasch strömendes Material zu unterdrücken, so wenn etwa allzufrüh und gehäuft unbewußte perverse Phantasien oder Inzestwünsche bewußt werden, ehe das Ich stark genug geworden ist, sie zu verarbeiten. Wenn hier Nichtbeachtung nicht genügt, muß man ablenken.

Auf diese Weise bleibt der zentrale Inhalt der Übertragungswiderstände ständig in innigem Kontakt mit den Erinnerungen und die in den Übertragungen geweckten Affekte teilen sich automatisch den Erinnerungen mit. So wird das gefährliche affektlose Erinnern vermieden. Für die chaotische Situation hingegen ist bezeichnend, daß ein geheimer Widerstand monatelang unerledigt bleibt und alle Affekte bindet, während die Erinnerungen in wirrer Aufeinanderfolge etwa heute die Kastrationsangst, ein anderes Mal die orale Phantasie, dann wieder die Inzestphantasie streifen.

Durch richtige Auswahl des zu deutenden Materials erzielen wir ein

Kontinuum in der Analyse, und wir wissen dann nicht nur jederzeit Bescheid um die aktuelle Situation, sondern können auch wie einen roten Faden die Gesetzmäßigkeit verfolgen, der die Entwicklung der Übertragung unterliegt. Daß die Widerstände, die ja nichts anderes sind als einzelne Stücke der Neurose, dabei nacheinander und doch verbunden durch eine historisch bedingte Gesetzmäßigkeit erscheinen, erleichtert unsere Arbeit und bereitet die Heilung gründlich vor.

Konsequenz in der Widerstandsanalyse

Wir sprachen bisher bloß von der Technik der Sinn- und Widerstandsdeutung und einigten uns darüber, daß sie der individuellen Gesetzmäßigkeit der Neurose entsprechend geordnet und systematisch sein muß. Sie erinnern sich aber, daß wir bei der Aufzählung der Deutungsfehler die ungeordnete von der inkonsequenten Deutung unterschieden haben; das hatte seine guten Gründe, denn wir haben hier Fälle kennen gelernt, die trotz systematischer Deutung in Unordnung geraten waren, und erkannten die Ursache in der mangelnden Konsequenz bei der weiteren Durcharbeitung bereits gedeuteter Widerstände.

Hat man nämlich die Klippe des ersten Übertragungswiderstandes glücklich überwunden, so pflegt die Erinnerungsarbeit rasch vorwärts zu schreiten und in die Kindheit zu dringen. Aber es dauert gewöhnlich nicht lange, bis der Kranke auf neue Schichten verpönten Materials stößt, das er mit einer zweiten Front von Übertragungswiderständen abzuwehren sucht. Das Spiel der Widerstandsanalyse beginnt von neuem, hat aber diesmal etwas anderen Charakter als das erste Mal. Damals handelte es sich um die erste Schwierigkeit, der neue Widerstand hingegen hat bereits eine analytische Vergangenheit, die auf seine Gestaltung nicht ohne Einfluß blieb. Er hat zwar entsprechend dem neuen Material eine andere Struktur und anderen Sinn als der erste; man müßte auch erwarten, daß der Patient durch die erste Widerstandsanalyse belehrt wurde und nun selbst mithelfen wird, die Schwierigkeit zu beseitigen. Sie wissen, die Praxis lehrt anderes: Es zeigt sich in den allermeisten Fällen, daß der Patient neben dem neuen Widerstand auch den alten reaktiviert hat, ja, gelegentlich fällt der Patient in den alten Widerstand zurück, ohne den neuen zu zeigen. Die ganze Situation wird durch diese Schichtung kompliziert. Welcher der Widerstände, der reaktivierte alte oder der neue, stärker hervortritt, ist sehr verschieden, kommt aber auch für die analytische Taktik nicht in Betracht. Wichtig ist bloß, daß der Patient einen Großteil seiner Gegenbesetzungen an der alten, scheinbar bereits erledigten Widerstandsstellung wieder aufrichtet. Geht man nun so vor, daß man

zuerst oder ausschließlich den neuen Widerstand angeht, so hat man wieder eine dazwischen liegende Schicht, nämlich den reaktivierten alten Widerstand, vernachlässigt und läuft Gefahr, seine kostbaren Deutungen zu verschwenden. Man erspart sich Enttäuschungen und Mißerfolge, wenn man jedesmal auf die alte Schwierigkeit zurückgreift, gleichgültig, ob sie sich mehr oder weniger bemerkbar macht, und von dort aus mit der Auflösungsarbeit beginnt; auf diese Weise dringt man langsam zum neuen Widerstand vor und entgeht der Gefahr, daß man zwar ein neues Stück Land erobert, aber der Feind sich in dem bereits eroberten wieder einnistet.

Der konsequenten Widerstandsanalyse kommt auch noch eine andere Bedeutung zu. Sie ist nämlich im wahren Sinne das, was wir hier so oft „Charakteranalyse" genannt haben. Ich verweise auch dieses Problem in unser späteres Programm und will bloß andeuten, welche Beziehung die konsequente Widerstandsanalyse zu ihr hat. Wir haben hier wiederholt gesehen, daß jede Neurose nicht nur eine dem besonderen Charakter des Kranken entsprechende Physiognomie hat, sondern auch in der Analyse diesen Charakter gewöhnlich in einem einzigen kardinalen Widerstand zum Ausdruck bringt. Ich erwähne die charakteristische Eigenart der hysterischen Liebesbeziehung, die zum stets gleichförmigen Widerstand wird, oder die hingebungsvolle Haltung des passiv-femininen Charakters, die Selbstüberheblichkeit des genital-narzißtischen Mannes mit latenten Minderwertigkeitsgefühlen oder die sadistische Übertragung des Zwangscharakters. Die im Charakter wurzelnde ablehnende und haßerfüllte Haltung einer weiblichen Zwangsneurose wird nicht nur die Analyse einleiten, sondern sich immer wieder einstellen, so oft ein neues Stück des Unbewußten erobert werden soll, sei es nun, daß es sich um die Kastrationsangst, den Kindeswunsch, eine perverse Phantasie oder die schließlich emporquellende positive Übertragung handelt. Man sieht bei konsequenter Widerstandsanalyse, daß der Charakter des Kranken jedesmal seinen stets gleichbleibenden Beitrag zu den wechselnden Widerständen aus dem Bereiche der Symptomneurose liefert. Von hier aus ergeben sich viele, leider noch wenig studierte Möglichkeiten, von den Symptomen zu ihrer charakterologischen Basis vorzudringen. Zufolge dieser Beziehung zwischen den Symptomen und dem Charakter und zwischen den Detailwiderständen und dem kardinalen charakterologischen Widerstand ist man genötigt, jedesmal von vorn anzufangen, den „Charakterwiderstand", der gewöhnlich auch den ersten großen Übertragungswiderstand gestaltet, nicht aus den Augen zu verlieren — eine Aufgabe, die sich mit fortschreitender Analyse immer leichter und rascher erledigen läßt, aber nie

vernachlässigt werden darf. Wir werden gut daran tun, im nächsten Jahre unsere Aufmerksamkeit besonders diesen charakterologischen Widerständen zuzuwenden. Von hier aus dürfte sich das Problem der Charakteranalyse am besten systematisch bearbeiten lassen.

Ich stehe nicht an, Ihnen mitzuteilen, daß sich die meisten meiner Mißerfolge aus der Unkenntnis der Tatsache des charakterologischen Widerstandes und seiner Technik herleiten. Ich kann auch sagen, daß ich unvergleichlich sicherer und erfolgreicher arbeite, — wenigstens mit Durchschnittsfällen und solchen, die einem mir bereits bekannten Typ angehören, — seitdem ich diese Widerstände erkennen und beherrschen lernte. Im Vergleich mit ihnen sind die Detailwiderstände, die sich bei der Abwehr einzelner verdrängter Erlebnisse oder Tendenzen einstellen, weniger gefährlich. Das ersieht man daraus, daß Fehler, die hier begangen wurden, meist leicht zu korrigieren sind, hingegen dort zu verhängnisvollen Komplikationen und zu Mißerfolgen führen. Nach eigenen Erfahrungen zu urteilen, möchte ich meinen, daß das Rätsel der „endlosen Analysen" hier verborgen ist.

Wenn wir — um bei unserem Beispiel zu bleiben — einen Patienten mit passiv-femininem Charakter vor uns haben, so werden wir die Widerstände, die sich aus diesem Charakter ergeben, nicht eine Sitzung lang aus den Augen lassen und konsequent bearbeiten, solange sie sich zeigen, ihre Analyse allem anderen voranstellen und sie hervorholen, wenn der Patient, wozu er besonders neigt, sie verbirgt. Man hat ihm etwa die latente aggressive Haltung gedeutet, und er täuscht nun eine Aggressivität vor, natürlich um dem Analytiker „gefällig zu sein", wie ein solcher Kranker sich ausdrückte. Er muß durch konsequente Deutung der Motive der alten und der neuen Haltung dazu gebracht werden, seine wahre Aggressivität hervorzukehren. So gelangen wir relativ mühelos zu den Begründungen seines Charakters, zur verhaltenen Aggressivität und zur Angst vor Strafe, die ihn zwang, jene zu verbergen und seine passive, hingebende Haltung zu festigen. Damit sind wir aber auch in systematischer Analyse an der Wurzel seiner Symptome angelangt, können von hier aus die Kastrationsangst und Analität behandeln. Was nützt es, wenn wir etwa seinen analen Widerstand deuten und er uns weiter „gefällig ist", ohne daß sich in Wirklichkeit etwas änderte?

Wir haben hier an einem solchen Falle, der nach einer Besprechung im Seminar neuerdings referiert wurde, gesehen, wie wertvoll es ist, stets vom kardinalen charakterologischen Widerstand, sozusagen von einem festen Stützpunkt aus die Neurose nach allen Seiten zu untergraben, statt sich jeweils bloß auf einzelne Detailwiderstände

einzustellen, das heißt an vielen verschiedenartigen Punkten anzugreifen, die miteinander nur mittelbar zusammenhängen. Durch konsequentes Aufrollen der Widerstände und des analytischen Materials vom ersten Übertragungswiderstand aus behält man den Überblick über die gesamte gegenwärtige und verflossene Situation; um die geforderte Kontinuität der Analyse braucht nicht gekämpft zu werden und eine gründliche Aufarbeitung der Neurose im Sinne Freuds ist garantiert. Es ist sogar — vorausgesetzt, daß es sich um bereits bekannte typische Krankheitsbilder handelt und man die Widerstandsanalyse richtig durchgeführt hat — möglich, die Reihenfolge vorauszusehen, in der gesichtete Tendenzen als Übertragungswiderstände akut auftreten werden.

Man wird vergeblich versuchen, uns davon zu überzeugen, daß durch „Anschießen" mit Sinndeutungen oder gar durch Behandlung aller Patienten nach einem Schema, etwa von einem angenommenen Urquell der Neurose aus, den großen Problemen der Psychotherapie beizukommen ist. Wer solches versucht, zeigt dadurch nur, daß er die eigentlichen Probleme der Psychotherapie nicht erfaßt hat und nicht weiß, was das „Durchschneiden des gordischen Knotens" wirklich bedeutet: nämlich ein Zerstören der analytischen Heilungsbedingungen. Eine so geführte Analyse ist kaum mehr zu reparieren. Die Deutung ist einer wertvollen Droge zu vergleichen, mit der man sparsam umgehen muß, wenn sie ihre Wirksamkeit nicht verlieren soll. Unsere Erfahrungen, die wir mit der Freudschen Technik gesammelt haben, lehren anderes: daß der umständliche Weg der Aufwicklung des Knotens noch immer der kürzeste ist — wir betonen — zum wahren Erfolg.

Auf der anderen Seite stehen diejenigen, die aus einer falschen Auffassung des Begriffes der analytischen Passivität heraus, nach dem Ausdrucke von Eitingon, „allzugut warten können". Sie könnten uns zur Kasuistik der chaotischen Situation viele wertvolle Beiträge liefern. Dem Analytiker fällt in Widerstandsperioden die schwierige Aufgabe zu, den Gang der Analyse selbst zu lenken. Der Patient hat die Führung nur in widerstandsfreien Phasen. Anderes kann Freud nicht gemeint haben. Und die Gefahr des prinzipiellen Schweigens oder „Schwimmenlassens" ist nicht geringer als die des „Anschießens" oder des Deutens nach einem theoretischen Schema, für den Patienten ebensowohl wie für die Entwicklung der analytischen Therapie.

Wir haben Widerstandsformen kennen gelernt, bei denen diese Art der Passivität geradezu ein Kunstfehler ist. Ein Patient weicht etwa dem Widerstand, beziehungsweise der Besprechung des dazugehörigen Materials aus. Er berührt ein fernliegendes Thema, bis er auch dort Widerstände

produziert, schneidet dann ein drittes Thema an u. s. f. Diese „Zick-Zack-Technik" kann ins Unendliche gehen, gleichgültig, ob man „passiv" zusieht oder ihm folgt und überall deutet. Da sich der Kranke offenbar ständig auf der Flucht befindet und seine Anstrengungen, den Analytiker mit Ersatzleistungen zufriedenzustellen, steril bleiben, ist man verpflichtet, ihn immer wieder auf die erste Widerstandsposition zurückzuführen, so lange, bis er den Mut aufbringt, sich ihrer analytisch zu bemächtigen. Das andere geht ja nicht verloren.

Oder der Patient flieht ins Infantile, opfert an sich wertvolle Geheimnisse, nur um die eine Position zu halten. Die Opfer haben natürlich keinen therapeutischen Wert, eher ist das Gegenteil der Fall. Man kann ihm ja ruhig zuhören, wenn man es nicht vorzieht, zu unterbrechen, wird aber dann konsequent bleiben in der Aufarbeitung derjenigen Position, die er floh. Das gleiche ist geboten bei Flucht ins Aktuelle. Das ideale Optimum ist eine geradlinige, der Urneurose entsprechende Entwicklung der Übertragungsneurose und ihrer Analyse; der Patient entfaltet systematisch seine Widerstände und leistet dazwischen widerstandsfrei affektive Erinnerungsarbeit.

Sie sehen, die vielumstrittene Frage, was besser sei, „aktives" oder „passives" Verhalten, hat — so gestellt — keinen rechten Sinn. Ganz allgemein kann gesagt werden, daß man in der Analyse der Widerstände nicht früh genug eingreifen, in der Deutung des Unbewußten, von den Widerständen abgesehen, nicht zurückhaltend genug sein kann. Wir haben hier gesehen, daß gewöhnlich umgekehrt verfahren wird: Man pflegt einerseits allzu großen Mut in der Sinndeutung zu zeigen und andererseits ängstlich zu werden, sobald sich ein Widerstand einstellt.

Am Schlusse möchte ich noch einmal auf die grundsätzlichen Fragen der Technik der Einleitungsperiode verweisen, die sich aus unseren diesjährigen Übersichtsreferaten ergaben und der Bearbeitung harren: Eine Zusammenstellung und analytische Klärung der geheimen Widerstände tut ebenso not wie eine prinzipielle Stellungnahme zur Frage der Charakteranalyse. Daß unsere Patienten meist weit entfernt davon sind, die Grundregel streng zu befolgen, ist allgemein bekannt. Die Frage, wie man zur Grundregel erzieht, das heißt die Patienten analysefähig macht, hängt mit der Frage der Charakteranalyse eng zusammen.

KASUISTISCHE BEITRÄGE

Über latente negative Übertragung

Aus dem „Seminar für psychoanalytische Therapie" in Wien

Von

Richard Sterba

Wien

Eine Übersicht über die Ergebnisse des technischen Seminars läßt erkennen, daß den Lernenden die Handhabung der Übertragung die allerschwierigsten Aufgaben der analytischen Technik stellt; ja, daß die Schwierigkeiten größer sind, als man es nach den Andeutungen Freuds erwartete, da ja die Übertragung eine immer größere Rolle in der Kur zu übernehmen hat, ihre Bedeutung für den therapeutischen Erfolg dauernd wächst und die Auflösung der von ihr ausgehenden Widerstände zum zentralen Problem der Kur wird.

Auf die positive Übertragung und auf den Widerstand, der von ihrem unbewußten Anteil ausgeht, werden wir in den Arbeiten Freuds aufmerksam gemacht. Der negativen Übertragung, der bei genauerer Betrachtung in vielen Analysen, besonders in vielen gefährdeten und scheiternden Analysen der Hauptanteil am Widerstande zukommt, wird in den allerdings über ein Jahrzehnt zurückliegenden technischen Arbeiten Freuds weniger Rechnung getragen; doch liegt in ihrer Auflösung, das heißt in der Rückführung auf infantile, oft niemals bewußt gewesene Traumen- und Versagungsreihen ein mächtiger Hebel der Therapie, so mächtig deshalb, weil er vielfach an der tiefsten ätiologischen Schicht der Symptome, an ihrer charakterologischen Basis angreift.

Aus dieser so tiefen Verankerung der negativen Übertragung ergibt sich freilich auch die ganze Mächtigkeit des in ihr begründeten Widerstandes, aus ihrer Eigenschaft als Widerstand aber die so häufige Schwierigkeit ihrer für die Kur so notwendigen Entdeckung und Entfaltung; ja, vielfach ereignet es sich, daß lange vor der Bewußtmachung ihrer im Infantilen liegenden Motive sie selbst erst aus ihrer Latenz freigemacht werden muß und ihre Anerkennung durch den Patienten oft nur durch konsequente Nichtbeachtung alles vorgeschobenen Materiales und fortgesetzte Deutung dieses einen Widerstandes erzwungen werden kann.

Freud hat in den „zukünftigen Chancen der analytischen Therapie" darauf aufmerksam gemacht, daß einer der Fortschritte der Therapie in

der Erkennung des Gefüges von typischen Krankheitsfällen gelegen sei und daß sich ein ähnliches Bedürfnis nach Klassifizierung der Widerstände ergebe.

Ich glaube, daß die Hauptaufgabe eines therapeutisch-technischen Seminars in solcher Bündelung der Widerstandsformen zu Typen gelegen ist und betrachte die mir gestellte Aufgabe als gelöst, wenn es mir gelingt, einen solchen Durchschnittstyp an Hand des mir zur Verfügung stehenden Materiales aufzuzeigen und plastisch zu formulieren.

Es wurde bereits betont, daß der Widerstandscharakter der negativen Übertragung ihre schwere Auffindbarkeit bedingen kann. In typischer Weise wird die negative Übertragung oft hinter dem Bilde einer positiven verborgen:

Ein 25jähriger Patient sucht die Analyse wegen seit vier Jahren bestehender erektiver Impotenz auf. Der Patient, ein intelligenter Ostjude, ist manueller Arbeiter, hat sich aber, ganz im Gegensatz zu seinem Milieu, eine anerkennenswerte Bildung verschafft. Er ist von kräftigem, durchaus virilem Äußeren. Er hat im Geschäft seines Vaters eine Anstellung, ja er leitet es eigentlich, oft im Gegensatz zu den äußerst konservativen, vielfach geschäftsuntüchtigen, eigensinnigen Intentionen seines streng orthodox orientierten Vaters. Patient bezieht in dieser Stellung kaum einen Lohn, wird aber zu Hause verpflegt und gekleidet. Die Familie besteht noch aus der Mutter und einer um fünf Jahre jüngeren Schwester. Die knauserige Sparsamkeit des Vaters, sein Eigensinn, seine orthodoxe Frömmigkeit, zu der sich der freigeistige Sohn in Gegensatz stellt, schaffen den Boden für häufige Konflikte, in denen der Vater Sieger bleibt, da der Sohn regelmäßig nachgibt.

Die Impotenz war vier Jahre vor Beginn der Analyse zum erstenmal aufgetreten; vorher hatte er vom 16. Lebensjahr an normal verkehrt, allerdings mit neurotisch-kompensativer Hyperpotenz und Angst vor Impotenz der Onanie wegen, die er noch gleichzeitig ausübte; nachdem er die Onanie aufgegeben hatte, trat die Impotenz tatsächlich ein. Bei oft wiederholten Koitusversuchen brachte der Patient meist keine Erektion zustande; wenn er dann von der Frau fortging, empfand er eine momentane Erleichterung, dann setzte eine arge Verstimmung ein. Patient mußte fortwährend an seinen Mißerfolg denken, war verzweifelt über sein Unglück, alles erinnerte ihn an seine Impotenz; das währte einige Tage, dann trat Beruhigung ein, bis er es nach kurzem neuerlich versuchte, wodurch die Depression sich wiederholte und so fort. Bisweilen war er potent, dann zweifelte er nachträglich, ob seine Potenz auch die richtige gewesen wäre; ein neuerlicher Versuch überwies ihn seiner Impotenz. Daneben bestand Angst vor der Frau, Angst in öffentlichen Lokalen, Restaurants usw., dabei die Empfindung, die Nase, die Lippen seien zu groß, die Haare stellten sich ihm auf, er mußte mehrmals hintereinander auf die Toilette laufen, um sie wieder niederzubürsten. Auch sonst war Patient befangen und fühlte sich in vielen Situationen minderwertig und unfrei.

Die Analyse führte nach Abbau der oberflächlichen Widerstände bei Annäherung an den Kastrationskomplex, der hier durchaus das Zentrum der Analyse bildete, in ein Übertragungsverhältnis, an dem der Patient durch lange Zeit festhielt und das den Fortgang der Analyse ernstlich gefährdete. Das kam so: Nach einigen oberflächlichen Deutungen, die den Kastrationskomplex betrafen und die der Patient wohl begriff, begann er plötzlich die Analyse, der er bisher mit wechselndem Affekt gegenübergestanden war, durchaus zu bejahen. Gleichzeitig setzte überaus deutlich eine positive Übertragung mit starkem passivem Kastrationswunsch ein. In zahlreichen Träumen trat der Analytiker als Kastrator auf, er griff z. B. nach seinem Glied, fand es geschrumpft; aus solchen Träumen erwachte der Patient mit Pollution u. dgl. m.

Die Einstellung des Patienten zum Analytiker war dabei eine rein passiv-feminine; er wollte vom Analytiker unbedingt organisch untersucht werden; meinte, die Behandlung müsse doch an seinem Glied vorgenommen werden, sie müsse ihm doch d o r t weh tun, wo er krank sei. Er kam gern zur Analyse, fand die Stunden angenehm, freute sich auf sie, war unglücklich über jede Unterbrechung; er akzeptierte willig alle Deutungen, die seine passiv-feminine Einstellung betrafen. Er hatte durchaus den Wunsch, ein Mädchen zu sein, träumte sich mit weiblichem Genitale; er parfümierte sich sogar für die Stunde wie für ein Rendezvous.

In dieser Phase scheinbar durchaus positiver Übertragung kam die Analyse ins Stocken. Trotz aller Bemühungen blieb die analytische Situation durch Wochen unbeweglich; das vorgeschobene Material war durchaus Variation über das eine Thema: passiv-feminine Einstellung mit Kastrationswunsch. Patient war dabei völlig angstfrei; Versuche bei Frauen unterließ er vollkommen.

Um diese Zeit wurde der Fall im technischen Seminar referiert. Die Diskussion machte auf die latente negative Übertragung aufmerksam. Durch die Aufsuchung und Entdeckung derselben gelang es tatsächlich, die analytische Situation mit einem Schlage zu ändern. Es stellte sich heraus, daß der Patient bereits seit langer Zeit mit einem heimlichen inneren Lachen die Analysenstunde begann und beschloß. Auch durch zahlreiche andere unbemerkt gebliebene kleine Aktionen hatte er die anscheinend positive Beziehung unterminiert; hinter ihr verborgen lag eine durchaus große, durch Angst gehemmte Haßbereitschaft, die nun erst in kleinen Andeutungen durchsickerte, mit dem konsequent fortgeführten Hinweis auf sie aber zu vehementem Durchbruch kam. Plötzlich war dann die erwartete negative Übertragung da; das heißt, sie war ja immer dagewesen, nun kam sie hinter der positiven Einstellung zum Vorschein und stellte sich in kurzer Zeit durchaus ins Zentrum der Analyse. Zuspätkommen, Beschimpfungen, Fluchttendenz, schwerste Zweifel an der Kur waren an der Tagesordnung. Diese negative Einstellung war vom Vater her übertragen. Die Wirkung ihrer Rückführung auf das ursprüngliche Objekt bewies auf das deutlichste die Herkunft dieser negativen Einstellung.

Der Patient war nicht immer im Geschäft seines Vaters tätig gewesen. Er hatte ursprünglich einen kaufmännischen Beruf ergriffen, seine Lehrzeit absolviert und sich zu leitender Stellung in einem Kaufhaus emporgearbeitet. Er verließ dieses eines Tages, ohne Rechenschaft über die Motive der von ihm ausgehenden Kündigung geben zu können, trat im Geschäft des Vaters als Lehrling ein und blieb mit kurzer Unterbrechung unter den erwähnten schlechten Bedingungen im Geschäft seines Vaters. Gleichzeitig mit der Rückkehr ins Elternhaus gab er die Onanie auf und wurde impotent. Das auslösende Moment für diese ihm unerklärliche Rückkehr zum Vater war folgendes: Patient hatte eine junge Frau, die auf der Durchreise bei seinen Eltern wohnte, koitiert und sich bei ihr eine Skabies geholt. Er ging ins Spital; als er dort in der Ambulanz der dermatologischen Abteilung wartete, sah er am Klosett einen Patienten mit verstümmeltem Genitale, der nur mehr einen kleinen Stumpf statt eines Gliedes hatte; der Anblick jagte dem Patienten heillosen Schrecken ein. Bei der Behandlung geriet ein Stück Wilkinsonsalbe auf sein Präputium, es entstand ein Geschwür mit konsekutiver Drüseneiterung, die Patient durch Wochen ans Bett fesselte. Durch diese mehrfache Reaktivierung seines Kastrationskomplexes wurde seine Kastrationsangst beträchtlich gesteigert und seine bis dahin latente Neurose wurde

manifest.[1] Die Rückkehr zum Vater erfolgte der Hauptsache nach aus Schuldgefühl, in tieferer Schicht war freilich auch eine homosexuell-passive Bindung an den Vater daran beteiligt, die auch in der untergeordneten Stellung zum Vater Ausdruck fand. Der letzte Grund war, wenigstens für den Wechsel des Berufes, eine Identifizierung mit dem Vater auf analer Basis.[2]

Die anale Besetzung des Genitales war beim Patienten sehr ausgeprägt. Geld bedeutete für ihn anale, in späterer Schicht genitale Potenz. Er begab sich dieser Potenz, wenn er beim Vater fast umsonst arbeitete. Knapp vor dem Eintritt ins väterliche Geschäft machte Patient eine Phase durch, in der er zwanghaft sein Verdienst verspielte. — In der Abhängigkeit vom Vater blieb der Patient auch in der Analyse bis zum Durchbruch der latenten negativen Übertragung. Die Rückführung der Haßregungen, die er dem Analytiker zuwandte, wirkte sich auch am Vater aus: Er trat in Streik, forderte 25 Prozent Gewinnanteil am Geschäft und erzwang sie. Das erworbene Geld allerdings begann er neuerdings zwanghaft zu verspielen in Wiederholung jener früheren Spielleidenschaft vor Eintreten seiner Impotenz. Diese Spielleidenschaft konnte mühelos als Selbstkastration aufgelöst werden und schwand nach dieser Aufklärung restlos. Für den Fortgang der Analyse war eine zweite Folge der Änderung der Affekteinstellung des Patienten von weittragender Bedeutung. Er bekam Angst. Diese Angst konnte aus ihren zahlreichen Depots mobilisiert und rückverschoben werden; sie wurde immer deutlicher als Angst vorm Vater und Angst um das Genitale erkannt. Beide Angsterlebnisse konnten schließlich an ihrer infantilen Quelle, der kindlichen Onanie, vereinigt werden.

Das Phänomen der latenten negativen Übertragung war in diesem Falle überaus deutlich. Positive bejahende Beziehung zum Analytiker, dahinter verborgen mächtige, latente Haßregungen, deren Manifestation aus Kastrationsangst unterblieb (Angstschutz). Dabei enthielt die anscheinend positive Beziehung das Hauptelement, um dessentwillen die negative Beziehung verborgen blieb, nämlich die Kastration, aus der Befürchtung in einen Wunsch verwandelt.

Auch in zahlreichen von anderer Seite im Seminar referierten Analysen spielte das zum Thema gewählte Übertragungsverhältnis eine mehr minder große Rolle. Zwei dieser Analysen kamen dadurch zum Scheitern. Aus einer dieser beiden Analysen stammt folgender Traum, der als klassisches Beispiel für eine Äußerung latenter negativer Übertragung gelten kann:

Patientin träumt, der Analytiker sitze in der ersten Reihe — in einem Kino. In der Assoziation zu diesem Traum wurde betont, daß der verehrte Analytiker doch nicht anders als in der ersten Reihe sitzend gedacht werden könne. Darauf hingewiesen, daß die erste Reihe im Kino dort die schlechteste sei, meinte Patientin entschuldigend, der Analytiker gehe wohl selten ins Kino

1) Knapp vor der Akquirierung der Skabies hatte er eine Unterredung mit dem Vater, in der ihm dieser vor den Folgen des außerehelichen Verkehrs warnte. „Er werde nicht mehr können." Diese Drohung wirkte sich unmittelbar in seiner Potenzstörung aus.

2) Freilich blieb in dieser Passivität und Duldsamkeit gegen den Vater noch immer Raum für Andeutungen seiner Haßregungen. Er konnte z. B. das Kaddischgebet nicht sehen, sonst bekam er Angst, ja sogar der Anblick des Gebetbuches jagte ihm Schrecken ein. Er durfte nichts Dunkles auf des Vaters Bett legen und erschrak heftig, wenn er einen Leichenwagen sah.

und wisse das wahrscheinlich nicht. In den Assoziationen herrscht also deutlich das Bestreben, die negative Beziehung, die im Traume zum Durchbruch kam, zu verdecken und zu verleugnen, die positive dafür vorzuschieben.

An die Darstellung der latenten negativen Übertragung wollen wir nun die Erörterung einiger theoretischer Fragen knüpfen. Zunächst die nach den Motiven des Verbergens der negativen Übertragung. Im dargestellten Fall von Impotenz ist das Hauptmotiv durchaus klar, vielleicht so sehr in die Augen springend, daß andere Motive darüber leicht übersehen werden können. Die Kastrationsangst, besser die Vermeidung der Unlust des Angsterlebnisses vor der Bestrafung für die gegen den Vater gerichteten aggressiven Tendenzen läßt diese aggressiven Tendenzen verborgen bleiben.

Auf der Suche nach weiteren Motiven ist es wohl notwendig, auf den Widerstandscharakter der negativen Übertragung überhaupt einzugehen. Eine feindselige Einstellung eignet sich ausgezeichnet zum Widerstand.

Nach Freuds Darstellung in den „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" besteht die analytische Therapie in einer Ausschaltung der Verdrängung nach Reaktivierung der Konflikte in der Übertragung. Diese Ausschaltung wird ermöglicht durch Ichveränderung unter dem Einfluß der ärztlichen Suggestion.

Eine feindselige Einstellung des Ichs, durch die also die ärztliche Einwirkung von vorneherein entwertet wird, ist ein Mittel des Widerstandes; ein Mittel allerdings, dem man bei einiger technischer Schulung und Geschicklichkeit ohne weiteres wird beikommen können. Anders, wenn Deutungen, überhaupt alles vom Arzt Aufgezeigte scheinbar akzeptiert, hinterher aber oder gleichzeitig doch in tieferer Schicht entwertet wird. In dieser Zweizeitigkeit, resp. topischen Differenz der gegensätzlichen Aufnahmen liegt die Schwierigkeit der Erkennung und Bekämpfung der Entwertung.

Wir wissen: wo der Kur Schwierigkeiten erwachsen, sind Widerstände am Werk. Aus der Größe der Schwierigkeit ist gewiß ein Schluß auf das quantitative Moment der beteiligten Widerstände zulässig. In der Phase der latenten negativen Übertragung hat man es also mit ganz besonderen Widerständen gegen die Kur zu tun. Man darf sich nach der Herkunft der Widerstände fragen, und unter welchen Bedingungen diese Widerstände das zum Problem stehende Übertragungsverhältnis schaffen und halten können.

Die wesentlichste Bedingung ist wohl die, daß die latente negative Übertragung eben eine „Übertragung" sei, das heißt, daß sich in ihr die Haltung gegen eine Persönlichkeit, der eine wesentliche, wenn nicht zentrale Bedeutung im Infantilen des Patienten zukommt, wiederholt. Ohne ein solches infantiles Vorbild des Mechanismus der Überdeckung negativer Einstellung durch anscheinend positive kann das gesamte Übertragungsverhältnis wohl nicht zustande kommen. Gewöhnlich ergibt sich dieses Verhältnis aus der Ambivalenz des Ödipuskomplexes.

Die Herkunft der Widerstände, die am Zustandekommen der latenten negativen Übertragung beteiligt sind, ist wohl eine verschiedene. Die Kastrationsangst hat im referierten Fall die Hauptbeteiligung an der Schaffung des Übertragungsverhältnisses. Vom Über-Ich ausgehende Widerstände, z. B. Schuldgefühl, können ebenso daran beteiligt sein. Auch der Verdrängungswiderstand wird seinen Anteil an der Widerstandssituation der latenten

negativen Übertragung haben können. Wir dürfen nicht vergessen, daß auch genetisch verschiedene Widerstände summationsfähig sind, ja geradezu ein Additionsbestreben haben. Wenn ein Widerstand, z. B. der Übertragungswiderstand aus Kastrationsangst, zum Verhältnis der latenten negativen Übertragung geführt hat, so wird dieses zum Widerstande so geeignete Verhältnis nicht nur durch den Widerstand aus Kastrationsangst gehalten werden, sondern sämtliche Widerstände gegen die Analyse werden das Übertragungsverhältnis seiner Eignung zum Widerstande wegen stützen.

Freud scheint diese Stützung einer Übertragungssituation durch andere als Übertragungswiderstände im Auge zu haben, wenn er in den „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" sagt: „Der Entstehung von Einzelsuggestionen wirkt wohl entgegen, daß wir während der Kur unausgesetzt gegen Widerstände anzukämpfen haben, die sich in negative (feindselige) Übertragungen zu verwandeln wissen."

Die negative, resp. latente negative Übertragung wird damit zum Hauptwiderstand der Kur.

Wie kommt es nun, daß insbesondere Anfänger die verborgene negative Übertragung so schwer erkennen, ja oft ihr geradezu ausweichen? Es fällt uns doch so leicht, aus minimalen Anzeichen eine positive Beziehung zu erkennen. Aber auch die Äußerungen feindseliger Regungen erkennen und deuten wir leicht und richtig, wenn sie uns nicht gelten. Das Übersehen gegen uns gerichteter, verborgener Haßregungen geschieht wohl zur Vermeidung der narzißtischen Kränkung, die jede Haßregung für den bedeutet, gegen den sie gerichtet ist. Es ist für den Anfänger keineswegs leicht, sich dem versteckten Spott auszusetzen, der meist wohlgezielt ist und die empfindlichsten Stellen der Person des Analytikers und seines Milieus zu treffen versteht. Groben Beschimpfungen nach Manifestwerden der negativen Übertragung ist man viel eher gewachsen als den feinen, geschickt gewählten Anspielungen auf die Schwächen des Analytikers. Anfänger skotomisieren sich dann häufig ihnen gegenüber und vermeiden so die Unlust der Verletzung ihres Narzißmus.

Übrigens wird die latente negative Haltung, überdeckt durch anscheinend positive Einstellung, nicht selten charakterologisch verarbeitet. Ich selbst kenne diesen Charaktertypus aus einer Analyse. Durchaus gegen jedermann liebenswürdig und devot, hassen diese Menschen doch gleichzeitig oder nachher, allerdings bewußt, alle diejenigen, mit denen sie zu tun haben, phantasieren, was sie ihnen eigentlich Böses hätten sagen sollen oder sagen werden; dabei sind sie ausgesprochen feig und wiederholen beim nächsten Zusammentreffen die gleiche sich unterordnende Haltung. Der Kur wird dann die Aufgabe zufallen, an Hand der Analyse der latenten negativen Übertragung den Haß manifest zu machen, die Angst auf ihre Quellen zurückzuführen, was gewöhnlich nur nach Überwindung neuerlicher Widerstände, die vom manifest gewordenen Angsterlebnis ausgehen, möglich ist. Der Erfolg solcher Analysen ist dann eine gründliche charakterologische Änderung, die meist schon äußerlich am Habitus, am sicheren Auftreten und an der zielbewußten energischen Haltung erkennbar ist.

Einige noch nicht beschriebene infantile Sexualtheorien

Von

Otto Fenichel

Berlin

In seinem Aufsatze über „infantile Sexualtheorien“[1] spricht Freud über die Differenz zwischen den mehr rationalisierten und sekundär bearbeiteten Theorien der Pubertät und denen der frühen Kindheit. Diese sind zur Zeit der Pubertät längst verdrängt, sind viel grotesker als die Auffassungen aus späterer Zeit, und enthalten — wie Freud sagt — immer ein Stück Wahrheit im Sinne der infantilen prägenitalen Sensationen. Wenn das eigene Körperempfinden einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kinderkriegens und des Geschlechtsunterschiedes mit Grausamkeitsregungen und mit den Exkretionsfunktionen beweist, kann auch die Forschung keine andere Richtung einschlagen. Es ist bekannt, daß die Versuche, die schädlichen Folgen frühzeitiger, zum Scheitern verurteilter Sexualforschung dadurch zu vermeiden, daß man — nach Freuds Forderung[2] — frühzeitig und natürlich „aufklärt“, oft fehlschlagen. Es gibt Kinder, die keine Aufklärung annehmen, nicht hinhören, wenn man sie gibt, oder sie rasch wieder vergessen; sie ziehen ihre Theorien der Wahrheit vor. Die Überlegung sagt, daß das prägenital orientierte Kind die genitale Realität innerlich noch nicht begreifen kann. Das würde nicht das affektive Weghören erklären. Hier muß also bereits eine Verdrängung vorliegen, deren Vorstellungsinhalt der Wahrheit näher kommt als die festgehaltene Theorie. Die Analyse lehrt, daß hier einmal eine Feindseligkeit gegen die Eltern sich zeigt, die sagt: „Ihr habt die Wahrheit bis jetzt nicht gesagt, nun will ich sie nicht hören“, resp. „Gibst du mir nicht volle sexuelle Befriedigung, so brauche ich nicht das Surrogat einer ‚Aufklärung‘“ (Patienten, die sich darüber beschweren, daß die Eltern ihnen die sexuelle Aufklärung vorenthalten hätten, meinen im Unbewußten die Verweigerung der sexuellen Befriedigung). Dann aber, daß verschiedene unbewußte Motive zur Ablehnung der sexuellen Wahrheit führen können. Neben der Sorge um die Möglichkeit der Geburt weiterer Geschwister steht da wohl ein Motiv durchaus im Vordergrund: Wenn die Kastrationsangst so groß ist, daß sie krampfhaft am Glauben an den weiblichen Penis festhalten läßt, so darf die Wahrheit nicht gehört werden, weil sie die Anerkennung der Vagina, d. h. der Penislosigkeit, also die Anerkennung der Realität der Kastration mit sich brächte. Wir wissen, daß die meisten Jungen sich nicht entschließen können, an Penislosigkeit zu glauben, bevor sie sich nicht mit eigenen Augen überzeugen mußten.

Ist die Ablehnung der Aufklärung Folge der Kastrationsangst, so kennen wir nunmehr die „der Wahrheit näherkommenden“ Phantasien, die tiefer verdrängt sind als die (allerdings aus noch älterer Zeit stammenden) prägenitalen Theorien: Die „Kastrationstheorien“, die die Kastration für die unentbehrliche Begleiterscheinung des Sexualverkehrs halten. Ihre gewöhnlichen Formen lauten

1) Freud, Über infantile Sexualtheorien. Ges. Schr., Bd. V.

2) Freud, Zur sexuellen Aufklärung der Kinder. Ges. Schr., Bd. V.

bekanntlich: *1)* Der Mann schneidet beim Akt der Frau den Penis weg. *2)* (Um diese Theorie zu verdrängen:) Die Frau hat einen Penis, den sie zeitlebens behält, er ist nur versteckt. *3)* (Als Wiederkehr des Verdrängten aus der Verdrängung:) Die Frau schneidet beim Akt mit ihrem Penis dem Mann den Penis weg. (Die gewöhnliche Angst, die Kastration werde als Strafe der Sexualhandlung folgen, kann man nicht als Sexualtheorie bezeichnen.) Wie ein Junge aus Kastrationsangst gelegentlich von der phallischen Stufe gänzlich zur anal-sadistischen regrediert, ja wie er schließlich sogar auf die Ödipuswünsche verzichtet, um seinen Penis nicht zu gefährden, so hält er dann auch die älteren anal-sadistischen Sexualtheorien fest, um die tiefer verdrängten Kastrationstheorien zu verleugnen, die selbst niemals oder nur kurze Zeit unter heftigster Angstentbindung bewußt waren. Fälle, wie der eines Patienten, der sich mit zehn Jahren bewußt vorstellte, beim Akt zerbröckle der Penis, die Stücke bleiben dann in der Vagina liegen, sind wohl sehr selten und nur bei starkem femininen Einschlag möglich. Anders bei Mädchen, denen die Kastrationstheorien ja Hoffnung bringen, den verlorenen Penis wieder zu erlangen (Ziel der Partialeinverleibung).

Demgemäß wird die Analyse bei Kastrationstheorien am meisten Aussicht haben, neue Varianten infantiler Sexualtheorien durch Aufhebung der Verdrängungen aufzufinden. Es ist begreiflicherweise ein Typus, der in der Produktion solcher Theorien und Phantasien über die Kastration unerschöpflich ist: Männliche Zwangsneurotiker, die aus Kastrationsangst beim Anblick des weiblichen Genitale aus einer schon ausgeprägt vorhandenen phallischen Position auf die anal-sadistische Stufe regrediert und zu Grüblern geworden sind, und die dabei Züge der höheren Stufe in die Analität mitgenommen haben. Alle drei Phantasien, die wir mitteilen wollen, stammen von solchen Patienten; die ersten beiden von einem, der z. B. die typische Defäkationsstörung aufwies, immer nur kleine Kotstücke produzieren zu können, weil er die Kastrationsangst auf die anale Zone verschoben hatte. Sie stellen meist Versuche dar, die Tatsache der Penislosigkeit unter Ungefährlichmachung der Kastration zu erklären; naturgemäß scheitern sie und können die Angstbildung nicht dauernd verhindern.

Die eine Theorie entstand als Reaktion auf den Anblick des Penis des Vaters bei schon bestehendem Kastrationsglauben und hatte also die Aufgabe, die vermeintliche Tatsache der Kastration und die Minderwertigkeit des eigenen Penis mit der Hoffnung zu vereinen, selbst einmal so einen großen Penis zu haben. Sie lautete: Der kleine Penis ist auf geheimnisvolle Weise abschraubbar und kann durch einen großen Penis ersetzt werden. Es gibt also das Stadium der Penislosigkeit als Zwischenstadium zwischen kleinem und großem Penis. Ist sein Penis heute auch klein, so kann ihm doch dieser Mechanismus dazu verhelfen, hintereinander und gefahrlos beiden Eltern gleich zu werden, ohne den eigenen Penis dabei wirklich einzubüßen. — Es sei nur kurz darauf hingewiesen, daß diese Phantasie reichlich überdeterminiert ist, nicht nur die Identifizierung mit beiden Eltern ausdrückt, sondern unmittelbar auch die Objektliebe zu beiden und den Haß = aktive Kastrationstendenz gegen beide. Alles erscheint zur Zufriedenheit gelöst, so gut, daß man sich wundern muß, daß diese Phantasie in ähnlicher Konstellation nicht häufiger auftritt. Eine in der Analyse leider

nicht zur Sprache gekommene Vermutung könnte die reale Grundlage dieser Phantasie in den Erfahrungen suchen, die der Säugling abwechselnd mit der Mutterbrust (großer Penis) und seinem eigenen Lutschfinger (kleiner Penis) gemacht hat. Großer Penis = Mamma, kleiner Penis = Nuckelfinger.

Die zweite Phantasie stammt vom gleichen Patienten und spiegelt die Regression von dem mit Kastration bedrohten Phallus zur Analität wieder. Sie erschien manifest in einem Traume einer Serie von „nachhinkenden" Träumen, die die Annahme bisher bezweifelter analytischer Befunde bedeutete und bisher hypothetisch erschlossene Theorien im manifesten Inhalt wiederbrachte, z. B. Frauen mit verschiedenartigen Penissen erscheinen ließ. Der Traum lautete: *Es besteht eine Verbindung zwischen meinem Darm und meinem kindlichen Penis. Die Darmgase strömen, statt durch den Anus ins Freie abzugehen, — in den Penis und füllen ihn, so daß er sich erigiert.* Wir haben keinen Grund zu bezweifeln, daß auch dieser Traum manifest eine Sexualtheorie wiedergibt, an die der Patient einmal geglaubt hat. Die Erektion erfolgt durch Darmgase, also kann sein minderwertiger Penis ebenso groß werden wie der des Vaters, wenn er nur ebenso flatulieren kann wie er. Wir sehen hier die „narzißtische Bewertung der Exkretionsfunktionen"[1] direkt im Dienste des narzißtischen Penisstolzes, der die Kastrationsangst überkompensieren soll.

Die dritte Phantasie zeigt einen anderen Charakter und scheint nicht allzu selten zu sein. Sie verbindet die Kastrationsangst mit der Mutterleibsphantasie, diesem gehemmten Ausdruck bisexueller Inzestwünsche, mit der Angst vor der Geburt weiterer Geschwister und mit Reminiszenzen an die Urszene. Sie konnte in zwei Fällen aufgezeigt werden und lautet: Ein Mädchen kommt zustande, indem ein Junge wieder in den Mutterleib zurückkehrt, sozusagen eingestampft, in die Mutter zurückgepreßt wird. Dort wird er unter dem Einfluß des Vaters so behandelt, daß er seinen Penis verliert. Dann wird er als Mädchen wiedergeboren.

Von dem Material, das das Erraten dieser Phantasie ermöglichte, sei kurz das Wichtigste mitgeteilt: Beide Patienten waren bisexuelle, aus Kastrationsangst regredierte Zwangsneurotiker, die in Urszenen reale Grundlagen ihrer doppelten Identifizierung mit beiden Eltern aufzuweisen hatten. Beide Analysen standen unter den Zeichen „Kastrationsangst" und „Mutterleibsphantasie". Der eine Patient litt an Brücken- und Höhenangst; die Tiefe, in die zu stürzen er fürchtete, entsprach dem Mutterleib, die Angst der Kastrationsangst, die seine Inzestwünsche begleitete, der „verborgene masochistische Sinn" der Höhenangst[2] dem verborgenen homosexuellen Sinn der Mutterleibsphantasie.[3] Der andere produzierte ähnliche Phantasien von Wasser- und Feuertiefen. Beide hatten „Mutterleibsangst" verschiedenster Art: Als Kind litten sie an der Angst, in den Abort zu fallen; beide litten an Todes-, bzw. Begräbnisangst, wobei sie

1) Abraham, Zur narzißtischen Bewertung der Exkretionsfunktionen in Traum und Neurose. Klin. Beiträge zur PsA. Int. PsA. Bibl. Bd. X.

2) Freud, Hemmung, Symptom und Angst.

3) Freud, Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Ges. Schr., Bd. VIII, S. 544 f.

den Tod als „Rückkehr in die Mutter" perzipierten. Der eine hatte seine Mutter im Pubertätsalter verloren und fürchtete ihre Rache. Die Toten in der Hölle, im Sarg, im Feuer, im Wasser, gequält und gefoltert, quälend und folternd, kehrten in Träumen und Phantasien immer wieder. Der Mann im Monde, der auf Erden gelebt hatte, aber strafweise in den Mond versetzt wurde, um dort seine Sünden abzubüßen, war ebenso der Gegenstand von Grübeleien des einen Patienten wie die Hölle, das angstbesetzte Mutterleibssymbol.

Daran, daß im Mutterleib die Kastration drohe, ließ weiteres Material keinen Zweifel. Der Patient mit der Höhenangst war einmal zur Strafe wegen „Schlimmheit" scherzweise beim Fenster herausgehalten worden mit der Drohung, man werde ihn hinunterwerfen. Die Qualen der Hölle ließen beim andern an Kastrationssymbolik nichts zu wünschen übrig. Als der erste Patient dazu angehalten wurde, die Angstsituation aufzusuchen, zeigte sich deutlich, daß diese eigentlich ersehnte Lustsituationen waren, in denen der Patient, plötzlichem Impulse folgend, die Kniee zu embryonaler Körperhaltung hochzog, und in denen er sich von Männern in seinem Recht auf Triebbefriedigung beeinträchtigt glaubte. Die Mutterleibsphantasie war die Verdichtung aller Ödipuswünsche und Wiederholung der Urszene.

Anderes Material zeigte die Identität der „intrauterinen Kastration" mit einer geheimnisvollen „intrauterinen Verwandlung" (des Geschlechts). Bei dem einen Patienten spielte die „Mühlen"symbolik eine große Rolle und die Angst galt der unsichtbaren Verwandlung von Getreide in Mehl. Max und Moritz wurden in der Mühle zermahlen, in „Altweibermühlen" wurden alte Weiber in junge verwandelt. Die Idee, er könnte in ein Tier verwandelt werden, aus dem Schlaf in verwandelter Gestalt erwachen usw. waren Gegenstand seiner Kinderängste; als man ihm als Kind einmal eine Maske umgab, antwortete er mit einem Angstanfall. Die Vorstellung, er werde in ein Mädchen verwandelt werden, ist zeitweise bewußt gewesen. Katastrophen im Innern der Erde wurden in immer neuen Variationen ausgedacht.

Gemeinsam war auch beiden Fällen, daß — der Regression entsprechend — der Mutterleib als Darminneres perzipiert wurde, die darin befindlichen Kinder als Kotstücke gedacht waren. Von der Mühle führte ein Gedankenzug bei dem einen Patienten über die Wortbrücke mahlen—malen zum Kotschmieren. Es verbanden sich im Unbewußten die Vorstellungen einer „Teufelsmühle" eines Märchens mit der Redensart „Du sollst den Teufel nicht an die Wand malen", der Teufel als Hölleninsasse mit dem verschmierten Kot, die Verwandlungen („Teufelswerk") mit einer Hemmung beim Zeichnen. Beide Patienten wiesen in Charakter und Sexualverhalten vorwiegend anale Züge auf.

In einem Punkte schienen die beiden Fälle zu differieren — und gerade darin wies die Analyse volle Übereinstimmung nach: Bei dem einen war es leicht, zu sehen, daß die alle infantilen Symptome begleitende Angst, es könnte noch eine neue Schwester geboren werden, von der schmerzlichen Erfahrung der Geburt einer um $2^1/_2$ Jahre jüngeren Schwester herrührte. Der Umstand, daß eine in seinem sechsten Lebensjahre erfolgte Geburt einer Cousine ihm Gelegenheit bot, seine damalige psychische Einstellung zu wiederholen, ließ eine doppelte Reaktion erkennen: Erstens den typischen Todeswunsch gegen die kleine Konkurrentin, sie möge dorthin zurückkehren, woher sie gekommen ist (beim Fenster herausfallen, in eine Kiste fallen). Die Mutterleibsangst (Angst,

aus dem Fenster = aus der Höhe zu fallen) erwies sich so als Vergeltungsangst für diese bösen Wünsche. Dir selbst wird es ergehen, wie du es der Schwester gewünscht hast. Du wirst in die Mutter zurückgesteckt und mußt dort Qualen erdulden, die Schwester wird übrig bleiben. Zweitens aber das Anwachsen der Kastrationsangst anläßlich der schwesterlichen Penislosigkeit (vielleicht kam der zweite Umstand erst bei der Cousine im sechsten Jahre dazu, da er inzwischen anläßlich des Bettnässens Gelegenheit gehabt hatte, Kastrationsdrohungen zu hören), die sich unlöslich mit den Vorstellungen der „intrauterinen Qual" verbanden. Der zweite Patient hatte keine jüngeren Geschwister, bei ihm schien der Sachverhalt komplizierter und die Identifizierung mit der älteren Schwester das treibende Motiv. Doch gelang es schließlich, bei der Analyse von Angstträumen eine vergessene Geburt eines Mädchens im Bekanntenkreise zu eruieren, die mit der Phantasie vom „geopferten Jungen" verbunden worden war und von der aus die Verdichtung der Angstinhalte, kastriert zu werden und eine Schwester zu bekommen (einen Bruder fürchtete er charakteristischerweise nie), gelang.

Es ist augenscheinlich, um wie viel verdichteter, primitiver und unentstellter diese Phantasie ist als die beiden anderen. Das ist unschwer zu erklären. Während die beiden ersten Phantasien in späterer Zeit gebildet wurden, als nämlich die Verleugnung der Penislosigkeit durch anale Sexualtheorien sich nicht mehr halten ließ, also relativ oberflächlich und flüchtig sind und die Tendenz haben, die tiefer verdrängten eigentlichen Kastrationstheorien zu entwerten, ist die dritte Theorie eine solche tiefst verdrängte Phantasie selbst, ein direktes Produkt der Kastrationsangst, mit der die Ödipusregungen in der phallischen Periode verbunden werden. Daß in ihr etwa eine „präödipale" Geburtsangst sich ausdrückt, brauchte nicht angenommen zu werden.

BOSTON PSYCHOPATHIC HOSPITAL LIBRARY

DISKUSSIONEN

„Strafbedürfnis und neurotischer Prozeß"

(S. dazu die Beiträge I und II im vorigen Heft)

III

Abschließende Erwiderung auf Alexanders Entgegnung

Ich bedauere sehr, daß Kollege Alexander meiner sachlichen und durchaus unpersönlich gehaltenen Kritik so affektiv, ja an vielen Stellen in einem verletzenden und überheblichen Tone entgegengetreten ist. Das macht eine weitere Diskussion unmöglich. Er ist auf meine grundsätzlichen Einwände, daß nämlich seine Auffassung von der Rolle des Über-Ichs bei der Verdrängung nicht der von Freud angenommenen, auf die er sich bezieht, entspricht, und daß seine Stellung zur Frage der Libidostauung als symptombildenden Faktors eine höchst unklare ist (vgl. neuerdings sein Buch „Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit"), nicht eingegangen. Da seiner Ansicht nach die bisherige Lehre von der Symptombildung „nicht mehr aufrechterhalten werden" kann, müßte er vorerst die Lehre von der Libidostauung und der Aktualangst (dem „Kern der Neurose" [Freud]) als unrichtig nachweisen, denn im Rahmen einer Lehre muß eine ältere Theorie entweder in die neue aufgenommen oder aber kritisch widerlegt und aufgegeben werden.

Wilhelm Reich

Diskussion der „Laienanalyse"

(S. dazu die Vorbemerkung der Redaktion und Beitrag I im vorigen Heft)

II

Ernest Jones (London):

Ich möchte hier ausführlicher auf diesen Gegenstand eingehen, weil er mir eines der wichtigsten Probleme für die Zukunft der Psychoanalyse zu sein scheint. Zur Entschuldigung der Länge dieses Aufsatzes darf ich geltend

machen, daß mir vielleicht einzigartige Gelegenheit zum Studium der verschiedenen Seiten dieser Frage geboten war. Die Britische Gesellschaft, die sich zu der Laienanalyse stets am wohlwollendsten gestellt hat, zählt unter ihren Mitgliedern über vierzig Prozent Laien, d. h. Nichtärzte; davon sind einige sowohl in der Theorie als auch in der Praxis Analytiker ersten Ranges. Ich hatte also Gelegenheit, die wertvollen Dienste, welche die Laienanalytiker der Psychoanalyse zu leisten vermögen, ständig aus nächster Nähe zu beobachten, ganz abgesehen von den Möglichkeiten, die sich mir durch den langjährigen persönlichen Kontakt mit den hervorragendsten Laienanalytikern des Kontinents geboten haben. Auf der anderen Seite glaube ich, daß kein zweites Zentrum, nicht einmal New York, bessere Gelegenheit zur Beobachtung der „wilden Analytiker“[1] — Ärzte und Laien — bietet als London.

Man hat zuweilen behauptet, daß eine Erörterung dieses Problems innerhalb unseres Kreises zwecklos sei, da es doch nicht in unserer Macht stünde, die ganze Sache in dieser oder jener Weise zu beeinflussen, weil sie schließlich doch nur auf gesetzlichem Wege oder durch die Stellungnahme der Öffentlichkeit oder der Ärzteschaft entschieden werden wird. Obgleich Prof. Freud sicherlich nicht dieser Ansicht ist, sonst hätte er sich schwerlich die Mühe genommen, ein Buch darüber zu schreiben,[2] könnte man eine Stelle aus seinem Buch doch zu ihrer Stütze heranziehen. Er sagt nämlich, daß keine Autorität imstande ist, einen Menschen, der selbst analysiert worden ist, daran zu hindern, daß er andere analysiert. Nun wird keiner von uns allen Ernstes behaupten wollen, daß jeder erfolgreich analysierte Patient dadurch allein zum Psychoanalytiker qualifiziert ist, und daß wir das nicht glauben, bekommt mit der Zeit eine immer größere Bedeutung. Der Einfluß und die Autorität, welche die Psychoanalytikerschaft ausüben könnte, wenn die Leistung ihrer Einrichtungen und Kliniken erst allgemeiner anerkannt sein wird, könnte leicht unterschätzt werden. Man kann sich auch nicht vorstellen, daß eine offizielle Institution Diplome oder Grade in Psychoanalyse verleihen wird, solange die konzessionierende Körperschaft nicht aus qualifizierten Analytikern besteht. Voraussichtlich wird also die Entscheidung unserer psychoanalytischen Organisation über den erforderlichen Befähigungsnachweis zur Ausübung der psychoanalytischen Praxis eine immer größere und schließlich ausschlaggebende Bedeutung erlangen. Im gegenwärtigen Moment, wo die Internationale Unterrichtskommission sich bemüht, die Vorbedingungen und den Gang der psychoanalytischen Ausbildung zu regeln, erscheint es doppelt notwendig, Fragen wie die vorliegende gründlich zu prüfen.

Vermutlich ließe sich das unklare und gefühlsmäßige Denken, das sich häufig in den Unterhaltungen über diesen Gegenstand äußert, sowie die dabei entwickelte unnötige Heftigkeit zum größten Vorteil der Sache selbst vermeiden, wenn man sich klarer vor Augen hielte, daß diese Meinungsverschiedenheiten zum großen Teil einer mangelnden Einschätzung des Übergangsstadiums entspringen, in welchem sich die Psychoanalyse gegenwärtig

1) Die Bezeichnung „wilder Analytiker“ ist ein früher Ausdruck von Prof. Freud und bezeichnet einen Menschen, der ohne ausreichende Qualifikation Psychoanalyse zu treiben vorgibt.

2) Die Frage der Laienanalyse, 1926. Siehe die Besprechung im vorigen Heft dieser Zschr. S. 101.

befindet. Die Psychoanalyse steht heute vor der gewaltigen Aufgabe, ihre in mühevoller Arbeit erworbenen Erkenntnisse zu organisieren. Sie muß das sowohl intern (Ausbildung) wie extern (Verkettung mit anderen wissenschaftlichen Fächern) durchführen.

Es läßt sich nicht leugnen, daß beide Aufgaben früher dringenderen Pflichten zuliebe zurückgestellt worden sind. In der ersten Zeit, als die Psychoanalyse noch um die eigene Existenz zu kämpfen hatte, konnte sie sichs nicht leisten, bei der Auswahl ihrer Anhänger sehr heikel zu sein, „Bettler dürfen nicht wählerisch sein". Jedermann war willkommen, der bereit war, an unserer Seite zu kämpfen; als einzige Vorbedingung galt Interesse für und positive Einstellung zur Psychoanalyse. Dieses Interesse konnte von Haus aus rein neurotisch oder ganz vorübergehend sein und später in Gegnerschaft umschlagen, es konnte sogar ambivalent sein, aber zu diesen feineren Unterscheidungen blieb keine Zeit: Unterstützung war Unterstützung, so kurzdauernd, unvollkommen oder schließlich lästig sie auch sein mochte. Erst nach Jahren oft bitterer Erfahrungen werden wir dazu getrieben, die uns angebotene Unterstützung genauer anzusehen, und dies fällt damit zusammen, daß wir sie heute nicht mehr so nötig haben.

Die Psychoanalyse hat sich als unzweifelhaft lebensfähig erwiesen und sich schon eine feste Stellung geschaffen. Wir müssen demnach unsere frühere Haltung, die sich aus dem verzweifelten Kampf der ersten Zeit zur Genüge erklärt, heute revidieren.

Aus einer Reihe offensichtlicher Gründe, auf die wir hier nicht näher einzugehen brauchen, sind wir übereinstimmend dazugekommen, von den künftigen Analytikern eine entsprechende psychoanalytische Ausbildung zu verlangen, ehe sie in die Praxis übergehen. Was unter „entsprechender Ausbildung" verstanden werden soll, ist eine technische Frage, über die die Internationale Unterrichtskommission und die Ausschüsse der Zweigvereinigungen zu entscheiden haben; glücklicherweise werden sich dabei in den Grundfragen wenig Meinungsverschiedenheiten ergeben. Aber ihre Entscheidung wird, und das zu betonen ist sehr wichtig, die bisher nicht vorhanden gewesene Notwendigkeit zur Folge haben, das zur Ausbildung kommende Material stärker zu sieben. Kein ernstes Studium steht jedermann bedingungslos offen. Auf allen Gebieten wird ein gewisser Standard verlangt, sowohl in Bezug auf Charakter wie auf Vorbildung, Examina usw. Für die Psychoanalyse, in die sich häufig Betrüger, die anderswo gescheitert sind, und anormale Typen einzuschleichen suchen, ist die Aufstellung eines solchen Standards besonders erwünscht. Um die in der Praxis so lästigen Charakteranomalien auszurotten, bedarf es oft mehrerer Jahre intensiver analytischer Arbeit, die man viel nutzbringender verwenden könnte, wenn das zur Ausbildung gelangende Material vorher sorgfältig ausgesucht wäre. Heutzutage geschieht es nur allzu oft, daß die minder erfreulichen Typen, von denen wir jetzt sprechen, nur wenige Monate durchhalten und dann ungehindert in die psychoanalytische Praxis gehen mit dem Nimbus, sie seien von „Herrn So-und-so ausgebildet" worden. Gerade im Zusammenhang mit dem wichtigen voraufgehenden Ausleseprozeß erhebt sich die dringende Frage, welche Haltung wir zu den künftigen Laienanalytikern einnehmen sollen.

Auch der zweite Teil der oben genannten Aufgabe hängt mit dieser Frage

zusammen. Ich meine die äußere Organisation der Psychoanalyse, das Verhältnis zwischen Psychoanalyse und Wissenschaft im allgemeinen. Man wird schwerlich in Abrede stellen können, daß dieses Verhältnis augenblicklich recht unbefriedigend ist und daß ihm von unserer Seite bisher nicht viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Gründe dafür sind bekannt. Der Begründer der Psychoanalyse hat sich sehr weise dazu entschlossen, seine wissenschaftlichen Forschungen völlig unabhängig zu betreiben, und hat sich vornehmlich an die Leute gewendet, die auf dem gleichen Gebiete bereits einige Erfahrungen besitzen, statt seine Zeit darauf zu verwenden, der wissenschaftlichen Welt in der üblichen Weise detaillierte Beweise für seine Ergebnisse vorzulegen. Frühere Versuche nach dieser Richtung hatten ihn zu der Überzeugung gebracht, daß dies nur eine Kräftevergeudung von seiner Seite wäre, und so hat er denn, zum unermeßlichen Segen der ganzen Welt, in den letzten zwanzig Jahren seine Schriften vor allem an jene gerichtet, die von vorneherein bereit waren, seine Grundsätze und Methoden anzuerkennen. Ähnlich lag der Fall für die erste Generation seiner Anhänger, die sich eifrig dem Ausbau ihrer Wissenschaft widmeten und weiter forschten, ohne der Außenwelt eine mehr als unbedingt notwendige Beachtung zu schenken. Die Erfahrung lehrte ferner, daß das Verständnis für ihre Arbeiten draußen auf ganz besondere Schwierigkeiten stieß, größere, als die Geschichte der Wissenschaften je gekannt hat. Diese Schwierigkeiten sind so gewaltig, daß es fraglich scheint, ob sie je überwunden werden können. Eine negative Antwort auf diese Frage würde bedeuten, daß die Psychoanalyse sich von jeder anderen Wissenschaft dadurch unterscheidet, daß sie ausschließlich an eine bestimmte Gruppe von Menschen gebunden ist, daß also ihre große Bedeutung für die übrigen Wissenschaften sowie für Leben und Zivilisation im allgemeinen für immer ungenutzt bleiben müßte. Sollte man zu dieser pessimistischen und bedauerlichen Schlußfolgerung gelangen, so lassen sich ihre praktischen Konsequenzen kaum absehen. Soviel wissen wir jedenfalls über die menschliche Natur, um voraussagen zu können, daß die dadurch mit der Zeit entstehende überhitzte Atmosphäre für die freie Entwicklung der Lehre wohl kaum die vorteilhafteste wäre und nur zu kleinlichen Sektenfeindschaften und unerquicklichen Streitigkeiten führen würde, die der Erforschung der Wahrheit so abträglich sind. Die Gefahr, daß sich an Stelle einer Wissenschaft ein esoterischer Kult entwickeln würde, wäre dann so groß, daß nicht alle Forscher ihr Widerstand leisten könnten.

Andererseits verkennen wir auch durchaus nicht die entgegengesetzte Gefahr, nämlich daß unsere Erkenntnisse durch ihre Absorption von der Außenwelt eine Schwächung, Minderung und Verdünnung erfahren könnten. Dieser Gefahr zu begegnen sind wir fest entschlossen, das zeigt sich auch in einer gewissen Starre und Abschließung gegen die Forscher aus den Nachbargebieten, die von verschiedenen Kritikern bereits gerügt worden ist. Wir stehen also vor der Frage, wie wir am sichersten zwischen der Scylla der Geheimlehre und der Charybdis der Absorption hindurchsteuern können. Für jene, die sich vor der zweiten Gefahr mehr fürchten, wird der folgende Abschnitt ganz belanglos sein. Ich persönlich bin vor beiden Gefahren in gleicher Weise auf der Hut, bin aber doch optimistisch — oder verwegen — genug, um zu hoffen, daß sich ein sicherer Kurs finden läßt, der beide Klippen vermeidet.

Jeder Versuch, einen Kontakt mit den übrigen Wissenschaften, speziell mit den Geisteswissenschaften, herzustellen und sie allmählich mit den Entdeckungen und Ergebnissen der Psychoanalyse zu durchdringen, wird viel geduldige Arbeit erfordern. Wir werden zu diesem Zwecke unsere Erkenntnis klarer formulieren und unsere Begriffe systematischer ordnen müssen als es bisher der Fall war. Dazu aber brauchen wir vor allem einen Stab von glänzend ausgebildeten Psychoanalytikern, die an wissenschaftliche Untersuchungen gewöhnt und womöglich auch auf anderen Gebieten wissenschaftlich vorgebildet sind. Eine gründliche Ausbildung ist ebenso wichtig für den Zweck, den wir gerade besprechen, wie für den noch wichtigeren, sich vor jeder „Absorptions"-tendenz, also der zweiten Gefahr zu schützen.

Auf Grund dieser Überlegungen müssen wir die Frage nach einer systematischen und gründlichen Ausbildung an die Spitze unserer Bestrebungen stellen. Keine Sammlung von Arbeitsleistungen kann sich zu einer selbständigen Wissenschaft entwickeln und von anderen Wissenschaftlern ernst genommen werden, solange kein bestimmter Studiengang für sie vorgeschrieben ist. Eine der besten Definitionen der Wissenschaft lautet, daß sie „beweisbares organisiertes Wissen" sei. Das ist einer der Gründe, warum viele Gelehrte aus anderen Gebieten der Psychologie im allgemeinen mit Mißtrauen begegnen, und was gar die Psychoanalyse anbelangt, so ist die Idee noch recht weit verbreitet, daß sie eine Sache persönlicher Begabung und eine willkürliche Kunst sei, die höchstens noch durch die Lektüre einiger Bücher vervollkommnet werden könne. Es gab natürlich immer verschiedene Wege zur Aneignung von psychoanalytischem Wissen, aber ihre Organisation zu einem systematischen Lehrgang ist ein Schritt von revolutionärer Bedeutung. Er bezeichnet den Eintritt der Psychoanalyse in die Reihe der übrigen Wissenschaften und ihrer Praxis in die Reihe der übrigen akademischen Berufe.

Diese Betrachtungen haben eine doppelte Bedeutung für das hier besprochene Problem: Erstens für die Frage der Auswahl sowie der allgemeinen und speziellen Vorbildung unserer Mitarbeiter; zweitens für das Verhältnis der Psychoanalyse zu den übrigen Wissenschaften. Bezüglich des zweiten Punktes kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß der nächste und aussichtsreichste Berührungspunkt, den uns alle wichtigen Erwägungen geradezu aufdrängen, die Medizin ist. Wir können nicht um ein Verhältnis zur Medizin herumkommen und es fragt sich nur, wie dieses Verhältnis beschaffen sein soll. Die Gründe dafür liegen so offen auf der Hand, daß wir sie kaum im einzelnen anzuführen brauchen. Die Psychoanalyse hat nicht bloß ihren Ursprung aus der klinischen Neurologie und Psychopathologie genommen (man hat sehr richtig gesagt, daß sie sich zur Psychiatrie verhält wie die Histologie zur Anatomie), sondern hat in ihr auch stets ihre sicherste Grundlage gefunden, mochte sie sich von diesem Zentrum aus auch weit in andere Gebiete hinein erstrecken. Die psychoanalytischen Begriffe entstammen größtenteils der Pathologie, ein Umstand, der ihr oft vorgeworfen worden ist. Unser Material besteht vornehmlich aus leidenden, Hilfe suchenden Patienten, obgleich wir auch hier über die normalen Grenzen der Medizin hinausgedrungen sind (z. B. in Charakteranalysen). Die große Masse des Materials wendet sich also naturgemäß an die praktizierenden Ärzte und wird es wohl auch künftig immer tun, denn wir können uns kaum einen Zeitpunkt vorstellen, zu dem

das Publikum selbst eine scharfe Differentialdiagnose zwischen seelischen und körperlichen Leiden machen wird; diese Tatsache allein heischt also einen engen Kontakt mit der Medizin. Die diagnostische Abgrenzung zwischen unseren Problemen und den Psychosen einerseits, die aus juristischen Gründen natürlich immer praktizierenden Ärzten überlassen bleiben wird, und den zahllosen organischen Krankheiten andererseits, soll weiter unten besprochen werden, aber wir müssen schon hier betonen, daß dies in weitem Maße nicht bloß für die Einleitung, sondern auch für die ganze Durchführung der Analyse gilt. Sogar in der psychoanalytischen Theorie selbst — und was wäre Praxis ohne Theorie? — grenzt die für jedes Entwicklungsproblem so wichtige Lehre von den erogenen Zonen, von den Veränderungen der Libido durch somatische Einflüsse, von den Drüsenfunktionen usw. unmittelbar an das Somatische. Man kann sich zwar um die zahllosen Probleme, die Psychoanalyse und Medizin miteinander verbinden, herumdrücken, man kann ihnen aber nicht entrinnen.

Dieser Punkt läßt sich, wie ich glaube, sehr leicht beweisen. Ich komme aber jetzt auf einen anderen zu sprechen, der mehr eine Sache der persönlichen Meinung ist. Meiner Ansicht nach, die sich auf rein psychoanalytische Grundsätze stützt, bestand das größte Hindernis für die Entwicklung der Psychologie zu einer Wissenschaft in dem Fluchtmotiv vor dem, was man als das Persönliche, das Menschliche, das Natürliche, das Animalische im Menschen bezeichnen könnte. Wir wissen, daß dies letzten Endes auf die Flucht vor dem Unbewußten, speziell vor der kindlichen Sexualität, zurückgeht. Diese Flucht äußert sich in der Hauptsache in zwei Formen. Die Flucht in den Materialismus sehe ich als die weniger ernste an. Sie ist noch neueren Datums, nicht viel älter als fünfzig Jahre, und zeigt sogar in den Naturwissenschaften selbst schon Zeichen des Abklingens. Sie ist die weniger gefährliche der beiden, da sie sich immerhin in der Richtung des Natürlichen und nicht in der des Übernatürlichen bewegt. Auch hat sich die unbestreitbar vorhandene materialistische Tendenz der medizinischen Ausbildung nicht als wirklich ernsthaftes Hindernis für das Studium der Psyche erwiesen. Es kann kein Zufall sein, daß jene Psychologen, die am meisten dazu beigetragen haben, die alten intellektualistischen Begriffe durch die fruchtbareren menschlichen Begriffe zu ersetzen, so häufig Mediziner gewesen sind; ich verweise nur auf Pioniere wie William James und Morton Prince in Amerika, Rivers und McDougall in England, Janet in Frankreich und — als Sonne unter den Sternen — auf Freud selbst. Auch innerhalb der Psychoanalytikerschaft selbst waren die Forscher, die am kühnsten in der Anwendung psychologischer Prinzipien auf somatische Gebiete vorgegangen sind, durchwegs Mediziner, wie Ferenczi, Groddeck, Jelliffe und Stoddart; die Laienanalytiker haben in dieser Hinsicht eine berechtigte Zurückhaltung gewahrt.

Die zweite und ernstere Form der Flucht geht meines Erachtens in der Richtung von dem Natürlichen fort. Sie bewegt sich entweder ausgesprochen auf das Übernatürliche zu, in einer der vielen offenen oder verkappten Formen von Religion, oder auf das, was wir kurz — aber vielleicht nicht ganz treffend — als Philosophie bezeichnen, nämlich die Verdünnung des Geistes in Intellektualisierung. Ich kann mir keine Vorbildung denken, die einen

besseren Schutz gegen diese Tendenz zu bieten vermöchte als die medizinische; ich sage ausdrücklich vermöchte, denn eine Garantie kann sie natürlich auch nicht geben. Nicht nur weil der medizinische Studiengang und die medizinische Arbeit durchwegs naturalistische und biologische Ziele hat, sondern auch weil die tägliche Beobachtung des immerwährenden Versagens des menschlichen Mechanismus es dem Arzt viel schwerer macht als jedem anderen Forscher, sich die Illusion an die absolute Überlegenheit des Menschengeschlechtes über die übrige Tierwelt und den darauf gestützten Glauben an eine unabhängige und freie „Seele" zu bewahren. Für jemand wie mich, der ganz und gar von der Evolutionslehre durchdrungen ist, von der die Psychoanalyse nur einen erweiterten und vervollkommneten (wenn auch den wertvollsten) Teil darstellt, besitzt dieses Argument besonderes Gewicht.

*

Nach dieser langatmigen Einleitung, die vor allem darlegen sollte, wie dringlich die Hebung und Organisation des Standards der psychoanalytischen Vorbildung und die Klarstellung unseres Verhältnisses zu der Nachbarwissenschaft der klinischen Medizin ist, komme ich nunmehr zu dem eigentlichen Thema dieser Arbeit.

Der Klarheit und Einfachheit halber wird es sich empfehlen, daß wir die Frage auf ihren Kernpunkt vereinfachen und ermitteln, was unter „Sind Sie für Laienanalyse?" gemeint ist. Die folgenden Ausführungen sollen diese Frage erläutern.

Wir müssen zunächst unterscheiden zwischen den Analysen, die berufsmäßig zum Zwecke des Lebensunterhalts, und solchen, die zu anderen Zwecken ausgeführt werden.

Die ersteren können wir als „Heilanalysen" bezeichnen, mögen sie auch gelegentlich Lehranalysen und Charakteranalysen mit einschließen. Sie haben wir im allgemeinen im Sinne, wenn wir von der Tätigkeit der Laienanalytiker sprechen.

Ein Fall der zweiten Art von Analyse wäre es beispielsweise, wenn ein Anthropologe, der Nichtmediziner ist, seine durch eigene Analyse erworbenen Einsichten und Kenntnisse erweitern und befestigen möchte und das zu diesem Zwecke beste Mittel ergreift, nämlich unter geschulter ärztlicher Anleitung in einer psychoanalytischen Klinik Analysen ausführt. Ich kann mir nicht vorstellen, daß es auch nur einen Psychoanalytiker geben könnte, der ein solches lobenswertes Vorgehen nicht begrüßen würde. Man hätte eigentlich erwarten dürfen, daß jetzt, wo der Nutzen einer ausgedehnteren Anwendung der Psychoanalyse immer allgemeiner anerkannt wird, derartige Fälle häufiger vorkommen und Gelehrte aus anderen Fächern, wie Religion, Soziologie, Mythologie, Literatur usw. usw. bei uns für ihre eigenen Arbeiten Belehrung suchen würden. Die Tatsachen weisen jedoch gerade in die entgegengesetzte Richtung. Ein hervorragender Anthropologe, Dr. Róheim, hat in der Tat diesen Weg eingeschlagen, indem er nach seiner eigenen Selbstanalyse und gründlichem Studium der Literatur, ein paar Analysen durchführte zu dem ausgesprochenen Zweck, seine Kenntnis zu vertiefen. Diesen einzigen Fall ausgenommen haben sich jedoch alle Forscher, die aus anderen Gebieten, wie Mythologie, Religion, Biologie, Pädagogik usw. zur Psychoanalyse kamen, hauptberuflich,

nur in seltenen Fällen nebenberuflich, mit Heilanalysen beschäftigt. Wir müssen uns also klar sein, daß, wenn von Laienanalytikern aus anderen Fakultäten die Rede ist, die Betreffenden sich in Wirklichkeit fast immer beruflich der Psychoanalyse zuwenden und damit in die erste Gruppe einrücken. Viele Psychoanalytiker hegen eine gewisse Geringschätzung für die Arbeiten der ersten Gruppe, aber gegen die zweite Gruppe habe ich noch nie Einwände gehört, ja die meisten von uns würden es nur sehr willkommen heißen, wenn dieser Typus in größerer Zahl aufträte. Wenn man also, wie Dr. Róheim behauptet, daß die angewandte Psychoanalyse mit der Laienanalyse stehe und falle, so ist das weit gefehlt; er wirft hier zwei Gruppen von Laienanalytikern durcheinander. Daß gegen die eine Gruppe, von der die Fortschritte der angewandten Analyse sehr weitgehend abhängen, irgend welche Einwände erhoben werden könnten, scheint mir völlig ausgeschlossen.

Der erste, professionale Typus der Laienanalytiker, läßt sich seinerseits wiederum in zwei Klassen unterteilen, denen die psychoanalytischen Ärzte ganz verschieden gegenüberstehen. Theoretisch wird dieser Unterschied zwar geleugnet, aber in praxi besteht er natürlich doch, da einige Laienanalytiker an dem Grundsatz festhalten, keinem Laienanalytiker solle selbständige Praxis gestattet sein, andere hingegen nicht. Der Unterschied zwischen Ärzten und Laien wird in den meisten Ländern weniger in puncto der praktischen Durchführung der Behandlung gezogen — außer in solchen Fällen, wo ganz offensichtlich besondere technische Fertigkeiten vorausgesetzt werden, wie bei chirurgischen Operationen — als in puncto der Anordnung der Behandlung. Viele Behandlungen können und werden von Hilfskräften unter ärztlicher Leitung und Aufsicht durchgeführt, aber die Gesellschaft hat mehr und mehr erkannt, daß es der Allgemeinheit zum Schaden gereicht, wenn man Personen, die in Physiologie, Pathologie usw. nicht genügend vorgebildet sind, um den Krankheitsfall genau zu diagnostizieren und zu entscheiden, ob er sich für eine bestimmte Behandlungsweise eignet, gestattet, die Behandlung vorzuschreiben. Dieser Grundsatz müßte auch bei der Psychoanalyse durchgeführt werden. Das würde bedeuten, daß kein Laie eine Analyse verordnen darf, mag er sie de facto durchführen oder nicht, d. h., daß er nicht selbständig praktizieren darf.

Ich habe nie gehört, daß ein Laienanalytiker diesen Grundsatz abgelehnt hätte, aber in praxi wird er leider oft vernachlässigt. Alle medizinisch vorgebildeten Analytiker, die ich gesprochen habe, stimmen ihm uneingeschränkt zu und selbst Prof. Freud, wohl der extremste Verteidiger der Laienanalyse, nimmt ihn vorbehaltlos an. Daß sich der übrige, nichtanalytische Teil der Ärzteschaft, der die Gefahren, die aus Diagnosen und Behandlungen von Nichtärzten erwachsen besonders genau kennt, rückhaltlos zu diesem Grundsatz bekennt, versteht sich von selbst; das gleiche gilt vermutlich auch für die Mehrzahl des Publikums.

Einige Voraussetzungen und Konsequenzen dieses Grundsatzes möchte ich noch besonders hervorheben. Erstens sollte er uneingeschränkte Geltung besitzen. Obgleich wir alle wissen, daß die erste Konsultation mit dem Arzt oft nur reine Formsache ist, bei der medizinische Gesichtspunkte überhaupt nicht auftauchen, sollte man die Entscheidung darüber, ob gegebenenfalls eine Konsultation des Arztes notwendig ist, niemals dem Ermessen des Laien-

analytikers überlassen. Sonst würde der ganze Grundsatz durch die Voraussetzung einer erst zu beweisenden Tatsache verwischt und dem Laienanalytiker eine Verantwortung aufgebürdet werden, die er weder tragen kann noch soll. Auch bei Kindern und „Frühanalysen" würde ich keine Ausnahme zulassen, weil die Grenze zwischen Physischem und Psychischem bei Kindern noch labiler ist als bei Erwachsenen; die Frage, ob keine Psychose vorliegt, besteht natürlich bei beiden in gleicher Weise.

Wir müssen ferner noch die von Prof. Freud bei früheren Gelegenheiten oft betonte Schwierigkeit berücksichtigen, nämlich, daß sich die genaue Diagnose in vielen Fällen erst während der Analyse und durch sie feststellen läßt. Wie groß der Prozentsatz der Fälle ist, in denen der Arzt bereits von Anfang an, womöglich schon nach der ersten Konsultation, entscheiden kann, ob kein somatisches Leiden vorliegt und ob eine Psychose auszuschließen ist, läßt sich schwer feststellen; das ist wohl je nach dem Arzt und seinem Vertrauen in seine diagnostischen Fähigkeiten verschieden.

Bekanntlich präsentieren sich viele Geisteskrankheiten klinisch unter dem Bilde von Neurosen. Sie können echte Neurosen mit typischen Symptomen sein, dann ergibt sich aus dem Zusammenspiel der beiden Zustände ein interessantes theoretisches Problem. Nicht selten äußert sich die Paralyse zuerst in Form eines neurasthenischen Syndroms, Dementia praecox und Paranoia verstecken sich hinter hysterischen Phobien, Katatonie hinter Konversionshysterie und manisch-depressives Irresein hinter Zwangszuständen. Die Erkennung dieser Zustände erfordert nicht bloß Kenntnisse in klinischer Psychiatrie, sondern auch in klinischer Neurologie und dürfte nur in besonderen Ausnahmefällen Leuten anvertraut werden, die auf diesen Gebieten nicht entsprechend vorgebildet sind. Es bedarf überdies bekanntlich bisweilen einer monatelangen analytischen Arbeit, ehe man diese schwierigen Fragen endgültig entscheiden kann; die gelegentliche Konsultation des Arztes kann die dauernde ärztliche Aufsicht nicht völlig ersetzen.

Ich habe bisher lediglich und keineswegs vollständig über den diagnostischen Punkt gesprochen. Wir werden weiter sehen, daß er nur einer der zahlreichen Punkte ist, in denen medizinische Kenntnisse für die Psychoanalyse von Wert sind. Aber wir können wohl schon nach dem bisher gesagten zwei Behauptungen aufstellen: erstens, daß Laienanalytiker keine selbständige Praxis treiben sollten, und zweitens, daß die Fälle, die sich für sie eignen, vorher stets ausgesucht werden müssen.

Ich hoffe, das wir damit das Problem des Laienanalytikers als Forscher (entschieden zu seinen Gunsten) und als selbständigen Praktiker (entschieden zu seinen Ungunsten) entschieden haben. Selbstverständlich spreche ich hier nicht von den wilden oder irregulären Analytikern, denn bei ihnen ist es ganz gleich, ob es sich um Ärzte oder Laien handelt, sondern nur den echten, d. h. geschulten Analytikern. Zu besprechen bleibt uns noch die delikate Frage nach dem Laienanalytiker, der zusammen mit dem Arzt arbeitet.

So weit mir bekannt ist, gibt es drei Ansichten über diesen Gegenstand, wenngleich noch mehrere andere denkbar wären. Das sind in kurzen Worten die folgenden: *I)* Nur ärztlich vorgebildete Analytiker sollen Psychoanalysen vornehmen dürfen; *II)* Es ist gleichgültig, ob der Analytiker medizinisch vorgebildet ist oder nicht; *III)* Es ist wünschenswert, daß das Gros der Analy-

tiker medizinisch vorgebildet ist, aber es besteht kein Grund dagegen, daß nicht auch Laienanalytiker unter bestimmten Bedingungen Psychoanalysen durchführen sollten. Die beiden ersten Ansichten kann man als die extremen bezeichnen und ich stehe nicht an, sie aus Gründen, die ich sofort darlegen werde, abzulehnen.

Die erste Ansicht hat zwar den Vorzug der Einfachheit für sich, aber nicht viel mehr. Man könnte sich denken, daß man sie aus bestimmten Gründen als vorübergehenden Notbehelf in gewissen Teilen der Welt akzeptieren könnte, aber gegen ihre Allgemeingültigkeit sprechen meines Erachtens überwältigende Gründe. Trotz allem, was man zugunsten der ärztlichen Vorbildung der Psychoanalytiker vorzubringen vermag, kann doch keiner, der mit psychoanalytischer Arbeit wirklich vertraut ist, ernsthaft behaupten, daß sie für die Arbeit w e s e n t l i c h ist. Man kann nicht bestreiten, daß in vielen Fällen die Analyse ebenso gut von einem Laien wie von einem Arzt durchgeführt werden kann; ich spreche hier aus ganz unzweideutiger unmittelbarer Erfahrung. Wenn dem aber so ist, wäre es ein Akt reiner Tyrannei, wollten wir — sofern es überhaupt in unserer Macht stünde — jedem nicht medizinisch Vorgebildeten die Ausführung von Analysen verbieten. Zu solch einer willkürlichen Monopolisierung der psychoanalytischen Arbeit sehe ich keine Berechtigung.

Wer gleich mir Gelegenheit hatte, dauernd mit Laienkollegen, zusammenzuarbeiten, wird den unschätzbaren Wert ihrer Mitarbeit kaum bezweifeln und sie nur äußerst ungern missen. Der Kontakt mit anderen Arbeitsgebieten gibt immer einen belebenden Anreiz und bringt eine Flut neuer Ideen mit sich. Der frische Hauch von wohlwollender und lehrreicher Kritik durchlüftet die Atmosphäre, Kenntnisse aus anderen Gebieten zeigen uns unsere Arbeit in neuem Lichte und bereichern und erweitern unseren ganzen Gesichtskreis. Die Wirkungen gleichen denen von Sonne und frischer Luft. Das, was wir „angewandte Psychoanalyse“ nennen können, hat uns schon heute nicht nur Bestätigung und Festigung gebracht, sondern ein großer Teil unserer Kenntnisse wäre uns ohne sie entgangen. Das schlagendste Beispiel für die Tatsache ist wohl die Symbolik. In einer ganzen Reihe von Einzelfällen hat uns das Studium der Folklore, der vergleichenden Religionswissenschaft usw. sowohl die Deutung wie das Verständnis für ständig wiederkehrende Symbole erschlossen, die uns bisher in unserer klinischen Arbeit befremdet hatten.

Kurzum, der Fortschritt der psychoanalytischen Wissenschaft schiene mir durch den Ausschluß aller Laienforscher ernstlich gehindert. Ich spreche dabei nicht nur von der Praxis, von den vielen vorzüglichen Analytikern, die wir durch Ausschluß der Laien verlören, sondern auch davon, was noch viel wichtiger ist, daß wir die wertvollen Beiträge, mit denen sie unsere Kenntnisse bereichert haben und bereichern können, entbehren müßten. Gäbe es nur ärztliche Analytiker, so hätten wir auf Beiträge, wie sie Melanie K l e i n zu der Psychoanalyse jugendlicher Kinder, R a n k, R ó h e i m und R e i k zu der Religion, Mythologie und Literatur, und S a c h s zu vielen technischen Fragen geliefert hat, — um nur einige Beispiele zu nennen, — lange warten können. Ich glaube, daß wir mit voller Berechtigung auch in Zukunft von Laienanalytikern ähnliche Leistungen erwarten dürfen, zumal sie den Vorteil haben, in die Psychoanalyse Gesichtspunkte hineinbringen zu können, die den meisten Ärzten fremd

sind, und außerdem Ideen und Erfahrungen aus anderen Wissenszweigen für die psychoanalytischen Probleme fruchtbar machen können. Wir wissen natürlich nicht mit Sicherheit, ob die gleichen Erkenntnisse im Laufe der Zeit nicht auch von ärztlichen Psychoanalytikern gewonnen worden wären, aber die Beschränkung der Psychoanalyse auf den Ärztestand hieße jedenfalls eine potentielle Kraftquelle verstopfen.

Für die zweite der oben genannten Ansichten tritt kein geringerer als Prof. Freud selbst ein; sie verdient daher eine besonders sorgfältige Prüfung. Ich halte sie für durchaus vertretbar und innerhalb gewißer Grenzen ist sie unzweifelhaft richtig. Wenn ich sie trotzdem als allzu enge Formel ablehne, so nur aus dem Grunde, weil sie gewisse Erwägungen unberücksichtigt läßt, die mir sehr wichtig dünken. Wir wollen sie mit der dritten Ansicht zusammen besprechen, und da es sich dabei um die Kernfrage des ganzen Problems handelt, dürfen wir ihr wohl einen eigenen Abschnitt widmen. Wir können die Frage folgendermaßen formulieren: Ist es irrelevant, ob die Analytiker im allgemeinen medizinisch vorgebildet sind oder nicht, oder ist es wünschenswerter, daß sie eine medizinische Vorbildung besitzen? Welche Vorteile und Nachteile würden daraus erwachsen, wenn die Internationale Unterrichtskommission sich für die eine oder die andere Ansicht entschiede?

In dem einen Falle würde die Kommission dem Laienkandidaten sagen: „Wir sehen nicht, wozu Sie die Mühe, Zeit und Kosten einer medizinischen Ausbildung anf sich nehmen sollen, denn unseres Erachtens ist diese Vorbildung für Ihre künftige psychoanalytische Arbeit völlig gleichgültig". Im zweiten Falle würde sie sagen: „Wir halten eine medizinische Vorbildung für außerordentlich erwünscht und lehnen Ihre Kandidatur solange ab, bis Sie uns ausreichende Gründe vorgebracht haben, warum in Ihrem Falle eine Ausnahme gemacht werden soll". Aus Bequemlichkeit wollen wir diese Einstellungen als Plan *A* und Plan *B* bezeichnen.

*

Wir haben das Problem nunmehr auf seinen letzten und kritischesten Ausgangspunkt reduziert. Ehe wir jedoch auf die einzelnen Kriterien eingehen, nach denen wir es entscheiden müssen, wollen wir uns, soweit als möglich, die vermutlichen praktischen Folgen klar machen, die sich aus der Annahme des einen oder des anderen Planes ergeben würden.

Wenn Plan *A* angenommen würde, so müßten wir uns meiner Ansicht nach darauf gefaßt machen, daß der Beruf des Psychoanalytikers in absehbarer Zeit — etwa wenn die heutige Generation der psychoanalytischen Ärzte ausgestorben ist — vorwiegend von Laien ausgeübt werden wird. Heute verhält es sich so, daß die meisten psychoanalytischen Ärzte zuerst den gewöhnlichen medizinischen Studiengang absolvierten und sich erst später dem Studium der Psychoanalyse zuwendeten. In Zukunft jedoch, wenn sie schon in jüngerem Alter von der psychoanalytischen Laufbahn hören, würden sie sich von dem mühsamen und nutzlosen Studium der Medizin abschrecken lassen. Auch die Ärzte würden immer weniger Neigung zeigen, ihren Beruf gegen einen anderen einzutauschen, für den ihre medizinische Vorbildung angeblich keinen besonderen Wert besitzt und keine Vorteile bietet; es kommt zwar gelegentlich vor, daß Ärzte Schriftsteller, Ingenieure oder Juristen werden,

aber die Zahl dieser Fälle ist doch verschwindend klein. Viel eher würde es so gehen wie mit dem Apothekerberuf, der durch tausend Bande mit der Medizin verknüpft ist und historisch sogar mit ihr eins war; die Tatsache, daß die medizinische Ausbildung für die Arbeit des Apothekers „gleichgültig" ist, zeitigte die ganz natürliche Folge, daß kein Apotheker mehr die Mühe dieser Vorbildung auf sich nimmt und kein Arzt sich auf die Apothekerarbeit spezialisiert. Die beiden Arbeitsgebiete sind zwar verwandt, bleiben aber streng geschieden und so — scheint es mir — würde es auch der Psychoanalyse ergehen, wollte man aus ihr einen selbständigen Beruf machen, statt sie als Spezialfach der Medizin anzusehen.

Dazu käme weiter, daß es als immer schimpflicher für einen Arzt gelten würde, wenn er sich einem Beruf widmet, von dem man zu Recht oder Unrecht annimmt, daß er den Grundprinzipien der medizinischen Praxis widerstreitet; denn sofern die Psychoanalyse sich als selbständige Disziplin etablierte, müßte sie die Medizin aus einem Gebiet verdrängen, daß diese für ihr legitimes Bereich ansieht, nämlich die Behandlung psychischer Krankheiten. In der Tat wird uns schon heute in London immerzu gesagt, der Grund, warum die bessere Klasse der Universitätsdozenten und Ärzte sich so selten dem Studium der Psychoanalyse widme, sei darin zu suchen, daß die Analytiker Personen in ihre Reihen aufnehmen, die weder eine medizinische noch eine andere wissenschaftliche Vorbildung genossen haben, die Psychoanalyse also kein anerkannter wissenschaftlicher Stand sei. Selbst bezüglich der ärztlich vorgebildeten Psychoanalytiker hört man von unseren Ärztekollegen am häufigsten den nicht ganz unberechtigten Einwand, daß so viele Psychoanalytiker in Psychiatrie, Neurologie, ja sogar allgemeiner Medizin ungenügend vorgebildet sind; was sie gar von den nicht ärztlich vorgebildeten Psychoanalytikern sagen, wissen wir alle nur zu gut. Man kann über die Berechtigung dieser Einwände denken wie man will: hier kommt es mir nur darauf an, eine der wahrscheinlichen Folgen von Plan *A* aufzuzeigen.

Damit aber noch nicht genug. Wenn meine Annahmen richtig sind, wird die Abtrennung der Psychoanalyse von der klinischen Medizin noch weitere Folgen zeitigen. Da die Psychoanalyse fast ein Monopol auf dem wichtigsten Gebiet der Psychopathologie besitzt, würde der Plan *A* bewirken, daß sie das psychopathologische Wissen den Ärzten immer mehr zu entwinden sucht, denn je besser ihr das gelänge, umsomehr würden psychische Erkrankungen als „nichtmedizinische" betrachtet werden — etwa wie heute die Sprachstörungen. Damit würden auch alle Hoffnungen auf die Hebung der psychologischen Ausbildung der Ärzteschaft zunichte. Wissen wir doch, daß nicht bloß die meisten Neurotiker zuerst einen praktischen Arzt konsultieren und dies vermutlich auch in Zukunft tun werden, sondern auch — was vielleicht noch wichtiger ist — daß der Anteil der psychischen Faktoren an organischen Krankheiten unendlich viel größer ist, als man heute in weiteren Kreisen weiß; im großen ganzen genommen ist es gar nicht so sicher, ob der praktische Arzt bei seiner täglichen Arbeit mehr mit psychischen oder mit physischen Faktoren zu tun hat.

Während also auf der einen Seite die psychologische Ausbildung der Ärzteschaft leiden müßte, würden auf der anderen Seite auch die Psychoanalytiker den fehlenden Kontakt mit der Medizin sehr schmerzlich vermissen. Wir wollen

diesen wichtigen Gegenstand gleich eingehender im Zusammenhang mit der internen Entwicklung der Psychoanalyse besprechen.

Ich begreife nicht, wie man sich diesen Möglichkeiten gegenüber gleichmütig verhalten kann, mag man nunmehr an dem Wohle der leidenden Menschheit oder an dem Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis mehr interessiert sein. Nach meiner Auffassung würde es bedeuten, daß der Zeiger des Fortschritts erheblich zurückgestellt wird.

Wir wenden uns jetzt zu den mutmaßlichen Folgen der Annahme von Plan *B*. Wenn der Laienkandidat einen stichhältigen Grund beibringen kann, warum eine medizinische Ausbildung für ihn unmöglich sei, könnte man ihn zur psychoanalytischen Ausbildung zulassen, vorausgesetzt natürlich, daß er sonst geeignet ist (Charakter, wissenschaftliche Vorbildung usw.). Ein solches Vorgehen böte die Gewähr, daß uns die Beiträge und Dienste der wertvollen Laienanalytiker nicht verloren gingen. Das Gros der Analytikerschaft würde sich jedoch auch in Zukunft weiter aus Medizinern rekrutieren, so daß die Kontinuität zwischen psychologischen und physiologischen Gesichtspunkten gewahrt bliebe. Die Psychoanalyse wäre dann in erster Reihe ein Zweig der klinischen Medizin, der allmählich — wie es heute de facto bereits der Fall ist — an die Stelle der älteren Fächer der „Psychotherapie", „medizinischen Psychologie" oder „Psychopathologie" rücken wird. Es wäre dann nur eine Frage der Zeit, wann eine psychoanalytische Ausbildung für alle Psychiater obligatorisch gemacht würde, eine meines Erachtens durchaus nicht phantastische Erwartung, denn ihre Anfänge erleben wir schon heute. Sobald die Psychoanalyse erst festen Fuß in den psychologischen Fächern der Medizin gefaßt haben wird, wird sich alles übrige von selbst ergeben, d. h. die psychoanalytische Lehre wird allmählich in die Ärzteschaft und wirklich psychologische, d. h. psychoanalytische, Gesichtspunkte in den allgemeinen ärztlichen Studiengang eindringen. Die beiden Fächern gemeinsame biologische Betrachtungsweise müßte bewirken, daß sie sich zu ihrem wechselseitigen Gewinn stärken und ergänzen.

Damit gewönne das Studium der Menschheit, besonders der leidenden Menschheit, die logische Einheitlichkeit, statt künstlich in die beiden Kategorien des Körperlichen und des Geistigen geschieden zu werden — eine Scheidung, die sich trotz aller Gegenbemühungen nicht ohne erhebliche Vergewaltigung der Tatsachen durchführen läßt.

Nach diesen Zukunftsbildern müssen wir endlich über die Frage, die uns hier beschäftigt, zu einer Entscheidung kommen. Es wird sich empfehlen, daß wir die verschiedenen Gründe, auf die sich unsere Antwort stützt, einzeln vornehmen.

Es sind dies die Interessen *a)* der psychoanalytischen Wissenschaft selbst, *b)* der großen Gruppe von Personen, denen durch die Psychoanalyse geholfen werden kann, *c)* der Analytiker. Ich nenne sie in der Reihenfolge, in der sie mir wichtig scheinen; andere würden vielleicht die Reihenfolge anders geben. Natürlich überlagern sich die persönlichen Argumente in praxi häufig; beispielsweise was für den Fortschritt unserer Erkenntnisse vorteilhaft ist, wird auch für die Patienten vorteilhaft sein, und so fort.

a) Die Entwicklung der Psychoanalyse. Dieses Kriterium muß seinerseits folgendermaßen untergeteilt werden:

1) Interne Entwicklung. Darunter verstehen wir die Entwicklung der psychoanalytischen Wissenschaft und der psychoanalytischen Kunst, unabhängig von ihrer äußeren Verbreitung.

Es wird zugegeben, daß der innere Fortschritt der Psychoanalyse durch den Ausschluß aller Laienforscher geschädigt würde; der Schaden wäre aber noch viel größer, wenn alle Ärzteforscher in Wegfall kämen, denn nichts könnte den Fortschritt in der Psychoanalyse so hemmen als eine Scheidung zwischen ihr und den medizinischen Wissenschaften. Wenn aber meine obigen Voraussagen richtig sind, so stehen wir vor der Alternative, ob die Psychoanalytiker vorwiegend Laien oder vorwiegend Ärzte sein sollen.

Die zahllosen Bande zwischen Psychoanalyse und Biologie, Physiologie und klinischer Medizin (vor allem klinischer Neurologie und Psychiatrie) sind von solcher Wichtigkeit, daß wir die Förderung unserer Erkenntnisse mit vollem Recht vor allem von den Personen mit doppelter Ausbildung erwarten dürfen; das Weitere schließt das Engere ein, also wird ein doppelt qualifizierter Mensch in den meisten Fällen wertvollere Arbeit leisten wie ein nur einfach qualifizierter.

Es liegt in der Natur der Sache, daß der Laie sich streng auf die psychologische Seite seiner Probleme konzentriert. obgleich die Natur in Wirklichkeit nicht so gefällig ist, ihrerseits entsprechend scharfe Unterschiede zu ziehen. Die Theorie der Neurosenbildung, die Grundprobleme der physiologischen Chemie, der Vererbung, der somatischen Erogenese usw. müssen ihm ein Buch mit sieben Siegeln bleiben und er müßte mehr und mehr zu einem bloßen Praktiker herabsinken. Nun lehrt aber alle Erfahrung, daß die Trennung der Therapie von der Pathologie früher oder später zu Unfruchtbarkeit führen muß. Wir besitzen auf unserem eigensten Gebiete ein vorzügliches Beispiel dafür. Die medizinische Psychologie machte fast ein Jahrhundert lang keine merklichen Fortschritte, vornehmlich aus dem Grunde, weil ihre Vertreter sich auf endlose therapeutische Hypnosen beschränkten. Als Symbol dieser Kritik habe ich stets dagegen protestiert, daß die „Psychotherapie" als Fach der Medizin gelten sollte und vorgeschlagen, man solle durch die Bezeichnung „medizinische Psychologie", „klinische Psychologie" oder „Psychopathologie" oder eine ähnliche ersetzen, aus der sofort hervorgeht, daß ihre Vertreter Wissenschaftler sind und nicht bloße Praktiker.

Wenn wir also die relativen Vorteile von Plan *A* und Plan *B* gegeneinander abwägen, so müßte uns die Sorge um den inneren Fortschritt der psychoanalytischen Wissenschaft meines Erachtens dem zweiten Plan geneigter machen.

2) Verhältnis zur allgemeinen Wissenschaft. Ich verstehe darunter das äußere Problem der allmählichen Anerkennung der Psychoanalyse durch die übrigen Wissenschaften, ein Prozeß, von dem wir heute erst ganz schwache Anfänge wahrnehmen. Zwar mag es hier und da einige Wissenschaftler geben, deren Interesse und Neugier durch ein neues Wissensmaterial erregt wird, das Anspruch auf die Stellung einer selbständigen Wissenschaft erhebt, aber im großen ganzen würde es die Vorurteile der Mehrheit zweifellos nur verstärken. Ist hingegen die Psychoanalyse gleich der Psychiatrie ein anerkannter Spezialzweig der Medizin und gelten für sie die gleichen Ausbildungs- und Berufsnormen wie für diese, dann dürfte sie auf eine

Anerkennung rechnen, die ihr auf anderem Wege überaus schwer zuteil wurde. Daß dies die Einstellung der gesamten Ärzteschaft ist, versteht sich von selbst.

3) Verhältnis zum Publikum. Dieses Moment ist zwar minder wichtig, besitzt aber doch eine gewisse praktische Bedeutung. Ohne das Vertrauen, ja sogar die Unterstützung der Gesellschaft muß jede Wissenschaft mit der Zeit versanden; das gilt erst recht für eine praktische Kunst wie die Psychoanalyse, die in ihrem Material von dem guten Willen wenigstens eines Teiles der Gesellschaft abhängt. Natürlich gibt es immer eine Anzahl von Leuten, die sich ihren Helfer umgekehrt proportional zu seiner Qualifikation auswählen, Leute, die sich instinktiv zu Quacksalbern hingezogen fühlen, — aber die Mehrzahl der vernünftigen Leute verlangt doch eine gewisse durch Vorbildung und Qualifikation gegebene Garantie dafür, daß sie von ihrem Helfer auch wirklich das bekommen, was sie von ihm verlangen — also einen auf entsprechende Kenntnisse gegründeten Befähigungsnachweis. Die Ausbreitung dieser rationellen Einstellung drückt sich, wenn auch unvollständig, in den Gesetzen jedes Landes aus. Man geht von der Annahme aus, daß solche Leute durch die doppelte psychoanalytische und medizinische Qualifikation der Analytiker eine sicherere Garantie zu finden glauben als durch eine der beiden allein, und ein großer Teil des Publikums ist mit Recht mißtrauisch gegen die „Heilkundigen", die in jedem Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit auftauchen. Im Falle der Psychoanalyse äußert sich diese Einstellung neben den übrigen Vorteilen besonders stark, denn man weist darauf hin, daß für die Einhaltung der auf diesem Arbeitsgebiet besonders wünschenswerten ethischen und beruflichen Normen eine größere Sicherheit gegeben ist, wenn die Psychoanalyse von Ärzten, als wenn sie von Laien ausgeführt wird, deren wissenschaftlichen Wert das Publikum natürlich nicht beurteilen kann. Wir wissen zwar, daß dieser letzte Einwand nicht stichhaltig ist, aber das Vorurteil ist auch ein Faktor, mit dem wir in seinem ganzen Umfange rechnen müssen.

Alle diese Erwägungen sprechen unzweideutig dafür, daß möglichst viele Analytiker ärztliche Qualifikation besitzen sollen. Als ich vorhin die voraussichtlichen Folgen der Annahme von Plan *A* oder Plan *B* besprach, sagte ich, daß die Annahme des zweiten Planes mit der Zeit dahin führen würde, die Psychoanalyse zu einem anerkannten Spezialzweig der Medizin zu machen, eine Stellung, die ihr die Möglichkeit gäbe, ihren Einfluß innerhalb der ganzen Medizin und noch darüber hinaus geltend zu machen. Eine Vorbedingung ist dazu, wie gesagt. absolut unerläßlich, nämlich eine Garantie dafür, daß das Eindringen der Psychoanalyse in die Medizin immer bloß ein untergeordnetes und nicht ein wesentliches Ziel bleibt, d. h. daß es stets hinter dem Fortschritt der Psychoanalyse selbst zurückstehen muß, wie das auch bei allen anderen medizischen Spezialfächern der Fall ist. Bakteriologie und Neurologie z. B. sind nicht in erster Linie dazu da, den Ärzteberuf mit bakteriologischen oder neurologischen Grundsätzen zu durchsetzen, sondern wollen in erster Linie ihr eigenes Wissensgebiet fördern. Bedingung ist also, daß die geschulten Psychoanalytiker eine einheitliche Körperschaft bleiben und einen hohen Standard der analytischen Ausbildung aufrechterhalten.

In diesem Zusammenhange taucht ein gewichtiges Gegenargument auf, das

Prof. Freud mit Recht besonders betont und das ihn, wie ich vermute, am meisten zugunsten des Planes *A* gestimmt hat. Es ist dies die Befürchtung, daß die Psychoanalyse von der Medizin, speziell der Psychiatrie, „aufgesaugt" werden und dieser Prozeß von einer solchen Verdünnung begleitet sein könnte, daß die wichtigen Erkenntnisse, welche für die Psychoanalyse charakteristisch sind, dadurch gefährdet würden. Diese Möglichkeit ist durchaus vorhanden, ja wir haben etwas dergleichen bereits erlebt, vor allem in Amerika. Aber durch Argumente läßt sich dieses Problem nicht entscheiden, das ist eine Sache persönlichen Glaubens. Ich für meine Person habe soviel Zutrauen in die Psychoanalyse und ihre Kraft, solchen Übergriffen Widerstand zu leisten, daß ich dieser Gefahr ziemlich gleichmütig ins Auge sehe. Jedenfalls sind wir alle darin einig, daß es nur einen Weg gibt, dieser Gefahr und ähnlichen Gefahren zu begegnen: nämlich indem wir durch unsere Internationale Unterrichtskommission für eine angemessene Ausbildung der künftigen Analytiker Sorge tragen.

Diese Betrachtungen haben uns erneut gezeigt, wie wichtig die Frage der Ausbildung ist, nicht nur in dem letzterwähnten Zusammenhang, sondern auch in den früher besprochenen. Kein Wissenschaftler wird den Anspruch einer Sammlung von Erkenntnissen auf den Rang einer selbständigen Wissenschaft ernst nehmen, solange die Disziplin und die zugehörige Vorbildung nicht entsprechend organisiert sind.

In diesem Zusammenhange möchte ich noch meiner Meinung, die sich auf jahrelange Erfahrungen in jenem Kontinent stützt, Ausdruck geben, daß die in den beiden letzten Abschnitten angestellten Überlegungen für Amerika besonders wichtig sind. Ohne meine amerikanischen Freunde verletzen zu wollen, darf ich hier wohl auf die bekannte Tatsache hinweisen, daß aus einer Reihe von historischen, rassenmäßigen, wirtschaftlichen und kulturellen Gründen der Respekt vor wissenschaftlicher Tradition in Amerika durchaus nicht so verbreitet ist wie in Europa. Dem Europäer fällt es schwer, sich die schier unglaubliche Zahl und Mannigfaltigkeit von pseudo-wissenschaftlichen Charlatanen in Amerika vorzustellen, und noch mehr staunt er über das gesellschaftliche Ansehen, das sie genießen. Die akademischen Berufe kämpfen tapfer gegen die Wolken der Unwissenheit, die diesen Zustand verkünden und sie erreichen auch allmählich Erfolge, das zeigt sich darin, daß die Charlatane gezwungen sind, der Förderung nach technischer Vorbildung zuliebe „*Colleges*" und ähnliche Institute zu gründen; es gibt sogar schon mehrere derartige „*Colleges*" für Psychoanalyse, welche die allgemeine Konfusion noch steigern. Wollte man ein wirklich wissenschaftliches psychoanalytisches Institut gründen, das auch Laien offen stünde und von der Medizin unabhängig wäre, so würde das die Anerkennung der Psychoanalyse durch die verantwortlichen Personen in Amerika gewaltig erschweren. Unsere amerikanischen Kollegen sind sich wohl bewußt, daß ihre einzige Hoffnung darin besteht, die Psychoanalyse einem bereits bestehenden Berufszweig, also der Medizin, als Spezialfach anzugliedern. Wenn sie also mit einigem Ressentiment gegen die europäischen Analytiker, die ihnen eine andere Lösung aufzwingen wollen, darauf bestehen, daß die Verhältnisse in Amerika anders liegen als in Europa und die Psychoanalyse dort ausschließlich Ärzten überlassen bleiben sollte, so kann ich ihnen, offen gestanden, darin nicht so unrecht geben wie

viele europäische Kollegen, die diesen interessanten Kontinent weniger genau kennen.

b) Das Interesse der Neurotiker.

1) Das Interesse des einzelnen Patienten. Für den Patienten ist es in vieler Hinsicht vorteilhaft, wenn er von einem Analytiker behandelt wird, der gleichzeitig Arzt ist; gleich große analytische Begabung natürlich vorausgesetzt. Die voranalytische wissenschaftliche Ausbildung, einschließlich der Kenntnis des physiologischen Mechanismus, ermöglicht dem Arzt ein besseres Verständnis vieler neurotischer Probleme, was natürlich auf seine praktische Arbeit zurückwirken muß. Der Patient hat die Sicherheit, daß sich die Behandlung innerhalb ihres wirklichen Gebietes hält und nicht durch die diagnostische Unwissenheit des Analytikers in das Bereich des Somatischen oder Psychotischen hinübergreift. Bei manchen Fällen, z. B. jungen oder geistig unentwickelten Personen, Schwangeren, Patienten in der Pubertät oder im Klimakterium usw. usw. mag ein gewisses Maß allgemeiner ärztlicher Beratung und Beaufsichtigung, gelegentlich auch auf dem Gebiet der sexuellen Hygiene, notwendig sein, und in solchen Fällen liegt der Vorzug des ärztlich vorgebildeten Analytikers erst recht klar auf der Hand. Daß der Analytiker versucht sein könnte, sich bei diesen medizinischen Fragen unverhältnismäßig lange aufzuhalten und durch sie Zeit zu verlieren, ist kein stichhaltiges Gegenargument, da es ein technischer Fehler wäre und wir hier nicht von fehlerhafter analytischer Technik reden.

Über den diagnostischen Punkt muß noch einiges gesagt werden. Wir sprachen vorhin von der Anfangsdiagnose mit ihren somatischen und psychotischen Möglichkeiten sowie von den Fällen, bei denen sich die Diagnose erst im Verlaufe der Analyse stellen läßt. Eine weitere Schwierigkeit bietet ferner die häufige Wechselwirkung zwischen der körperlichen und der seelischen Sphäre während der Analyse. Diese Sache läßt sich nicht in der ritterlichen Weise erledigen, in der Prof. Freud bemerkt, daß Laien und Mediziner sich in dieser Hinsicht in gleicher Lage befinden, da die Gesetze der Psychoanalyse jede körperliche Untersuchung verbieten und daher in beiden Fällen ein außenstehender Arzt zurate gezogen werden muß. Die körperliche Untersuchung ist nur einer der vielen Wege, auf denen ärztliche Kenntnisse von Nutzen sind. Lassen Sie mich das an einem klaren Fall aus meiner eigenen Praxis erläutern; die meisten Analytiker können sicherlich ähnliche anführen. Einer meiner Patienten, ein Mann in den Dreißigern, erwähnte, daß er beim Schlafengehen in der Analgegend Schmerzen empfinde. Er selbst erklärte sich die Schmerzen als Parästhesien, wie sie in dieser Gegend so häufig vorkommen, hervorgerufen vermutlich von unserer Besprechung seines analerotischen Komplexes. Einige Eigentümlichkeiten der Lokalisierung, der Art und des Auftretens der Schmerzen weckten jedoch einige meiner alten medizinischen Kenntnisse auf und ich veranlaßte den Patienten, unverzüglich einen Chirurgen aufsuzuchen. Dieser fand ein ungewöhnlich günstig gelagertes Karzinom im Anfangsstadium und nahm sofort eine ausgedehnte Operation vor. Die Sache liegt jetzt über zehn Jahre zurück und der Patient fühlt sich wohl und munter und geht seinem Beruf nach. Rektumkarzinome haben im allgemeinen eine so schlechte Prognose, daß ein selbst nur kurzer Aufschub oder ein kurzes Zögern vermutlich einen schrecklichen Tod bedeutet hätte. Nun ist es

klar, daß man von einem Laienanalytiker nicht erwarten kann, daß er wegen jeder Schmerzen, über die sein Patient klagt, zum Arzt rennt; er hat also mit dem Patienten die Verantwortung zu teilen für die Entscheidung, wann ein solcher Schritt notwendig ist. Er kann sich natürlich um die Verantwortung drücken, unter dem Vorwand, daß ihn nur die Seele des Patienten etwas angehe, nicht sein Körper, etwa wie es ein Sprachlehrer tun würde, aber für Patienten, wie den eben erwähnten, wäre dies ein schwacher Trost. Der Analytiker dürfte sich dieser Verantwortung auch nicht entziehen, denn körperliche Äußerungen, sowohl Konversions- wie Übergangssymptome machen gerade einen erheblichen Teil seines Materials aus. Wie soll er aber bei seiner ganz einseitigen Ausbildung entscheiden, ob ein Anfall von Erbrechen psychischen Ursprungs ist oder von einer Speisenvergiftung herrührt, ob eine Kolik auf einen Intestinalkomplex oder eine leichte Appendizitis zurückgeht, oder die zahllosen ähnlichen Fälle, die ihm tagtäglich vorkommen? Die Wachsamkeit auf Gefahrsignale ist nur ein Teil der für die psychoanalytische Arbeit so wertvollen richtigen Bewertung körperlicher Symptome und sie kann man nur durch ärztliche Ausbildung gewinnen.

Ich kann mir keinen Vorteil denken, der dem einzelnen Patienten daraus erwüchse, daß sein Analytiker ein Laie ist. Man könnte höchstens anführen, daß ein Laienanalytiker, der viel geringere Kosten für seine Ausbildung aufzuwenden hat, sich mit geringeren Honorarsätzen begnügen kann; sicherlich ein Vorteil für den Patienten; aber die ganze Frage der Kosten der Analyse und der öffentlichen Kliniken ist so kompliziert und so ungeklärt, daß wir hier nicht auf sie eingehen können.

2) Das Interesse der Neurotiker im allgemeinen. Hier kann man ein Argument anführen, das meines Erachtens am meisten für den Plan *A* spricht, nämlich die Frage des analytischen Nachwuchses. Der Plan *A* würde sicherlich bewirken, daß die Zahl der Analytiker in wenigen Jahren erheblich größer wäre als sie es nach dem Plan *B* sein würde; denn der zweifellos zu erwartende Rückgang an Ärzte-Analytikern würde durch den raschen Zustrom von Laienkandidaten mehr als ausgeglichen werden. Eine Vermehrung der Analytiker läge aber zweifellos im Interesse der Masse von Neurotikern. Das gilt nicht nur für die Zahl, sondern auch, und vielleicht in noch höherem Maße, für die wahrscheinliche Folge, daß sich die Analytiker dann gleichmäßiger verteilen würden, statt sich wie heute in wenigen Zentren zu konzentrieren.

Dagegen läßt sich auch hier ein anderes Argument zugunsten des Planes *B* anführen. Bei der sehr geringen Urteilsfähigkeit des großen Publikums, mit der wir nun einmal rechnen müssen, und die jeder Praktiker zur Genüge kennt, können wir einige verhängnisvolle Folgen voraussehen, die eintreten würden, wenn die Psychoanalyse ein selbständiger und vorwiegend von Laien ausgeübter Beruf werden würde. Der Arzt-Analytiker kann es ohne weiteres mit dem wilden ärztlichen Analytiker aufnehmen, denn er weiß, daß es nach einer öffentlichen wissenschaftlichen Diskussion nur eine Frage der Zeit ist, wann dessen Anmaßung entlarvt wird. Gegen den wilden Laienanalytiker ist er natürlich doppelt gewappnet. Aber der echte Laienanalytiker befände sich nach Plan *A* in einer weit ungünstigeren Position gegenüber dem wilden Analytiker; das Urteil über die beiden könnte nicht

auf Grund einer wissenschaftlichen Aussprache erfolgen, sondern nur in der Öffentlichkeit mit ihren unerquicklichen Begleiterscheinungen, wie Inserate, Zeitungsfehden usw. Im Endergebnis wäre dies, abgesehen von der Schädigung des Ansehens der Psychoanalyse, den allgemeinen Interessen der Neurotiker nur abträglich.

c) Das Interesse der Analytiker. Der nicht medizinisch ausgebildete Analytiker hat viele Nachteile und nur einen wirklichen Vorteil. Zu den ersten würde ich vor allem den Umstand zählen, daß der Laienanalytiker bei vielen Problemen auf starre Grenzen stößt, die seinem Denken gesetzt sind. Ich meine damit nicht nur und nicht in erster Linie die diagnostischen Zweifel, die ihm im Verlaufe so mancher Analyse kommen müssen, wichtiger ist es, daß sein Verständnis in den letzten Mechanismus der körperlichen neurotischen Symptome und für die fundamentalen Probleme über die Entstehung der Neurosen im allgemeinen begrenzt ist. Das Verhältnis der Erogeneität zu den nicht-sexuellen Funktionen der betreffenden Organe (auf die sich so viel somatische Symptombildungen gründen), das Verhältnis der inneren Sekretion zu den Veränderungen der Libido und anderen Triebäußerungen, das Verhältnis von Chemie und Physiologie des Körpers zum Gefühlsleben — das sind nur einige der Probleme, über die sich der Psychopathologe zum mindesten ein allgemeines Urteil bilden müßte, um ein richtiges Bild zu gewinnen.

Ich behaupte ganz entschieden, daß ein Forscher, der wichtige Gesichtspunkte und Zusammenhänge aus seinem Tätigkeitsgebiet ausschließt, im Vergleich zu dem anderen, der sich nicht zu beschränken braucht, in großem Nachteil ist. Da er nicht das Recht hat, ungehindert und frei über die diagnostischen und theoretischen „medizinischen" Gesichtspunkte seiner Arbeit zu denken, läuft er oft Gefahr, daß sein eigenes schöpferisches Denken gehemmt wird. Ein bloßer Praktiker jedoch ist, wie ich schon sagte, selten ein so guter Praktiker wie einer, der außerdem noch an der allgemeinen Pathologie und Theorie seines Arbeitsmaterials interessiert ist.

Selbst in nebensächlicheren Dingen, die hier nicht alle aufgezählt werden können, befindet sich der Laienanalytiker stets im Nachteil. Ich will nur ein kleines Beispiel anführen. Wenn ein Patient einen Spezialarzt konsultieren muß, so hat der Laienanalytiker kaum die Möglichkeit, die Vorschriften des Arztes auf das richtige Maß zu begrenzen und zwischen den wirklich wichtigen und den zahlreichen placebos zu unterscheiden, zu denen der Arzt oft seine Zuflucht nimmt. Wird beispielsweise eine kleinere Operation oder ein vierzehntägiger Luftwechsel oder eine medizinische Behandlung angeraten, die in die Analyse eingreift (z. B. Schlafmittel, Abführmittel usw.), so hat der Analytiker nicht die Autorität, seine Meinung dahin geltend zu machen, daß die Analyse, womöglich in einem kritischen Stadium, nicht gestört werden darf. Eine Beratung mit dem Spezialarzt auf dem Fuße der Gleichberechtigung wird selten möglich sein, die Analyse wird also unter dieser Disharmonie zu leiden haben.

Diese Beschränkungen, unter denen der Laienanalytiker immer zu leiden hat, müssen es ihm schwerer machen, jenes gleichmässige Selbstvertrauen zu erhalten, das er für seine Arbeit braucht. Seine Benachteiligung und untergeordnete Stellung verleiten ihn häufig zu Kunstgriffen, um seine Selbstachtung zu erhalten; man verlangt also von ihm ein so ungewöhnliches Maß von

Selbstvertrauen und Charakterstärke, das nicht jedermann, selbst unter den Analysierten beanspruchen kann.

Allen diesen Argumenten kann der Laienanalytiker nur ein einziges, freilich recht gewichtiges Gegenargument entgegenhalten. Dadurch, daß er auf die medizinische Ausbildung verzichtet, hat er Arbeit und Kosten gespart. Dieser Vorteil ist am größten im Augenblick der Berufswahl, aber er nimmt im Laufe der Jahre immer mehr ab, während sich die Nachteile verstärken. Es wäre interessant zu erfahren, wie viele Laienanalytiker in späteren Jahren im Zweifel sind, ob das Opfer, das sie ihrer Abneigung gegen die Arbeit gebracht haben, nicht ein allzu großes war.

*

Da ich den Leser über meine Schlußfolgerungen nicht in Zweifel lassen möchte, will ich sie noch einmal kurz rekapitulieren.

Um mit dem vielleicht wichtigsten Punkt zu beginnen: Keine noch so oft wiederholte Behauptung, daß es völlig gleichgültig sei, ob die Analytiker ärztlich vorgebildet sind oder nicht, kann meines Erachtens etwas an der Tatsache ändern, daß es in Wirklichkeit für die Zukunft der Psychoanalyse, ihren inneren und äußeren Fortschritt, durchaus nicht gleichgültig ist. Sowohl die inneren wie die äußeren Bande zwischen Psychoanalyse und klinischer Medizin, von denen wir vorhin ausführlich sprachen, sind von grundlegender Bedeutung und können nur zum größten Nachteil der Psychoanalyse übersehen werden. Sie drängen auf eine Verbindung von Psychoanalyse und Medizin hin, und wir haben nur zu entscheiden, welcher Art diese Verbindung sein soll. Halbheiten kann es hier nicht geben: Wir müssen wählen, ob wir den Beruf des Psychoanalytikers in Zukunft vorwiegend von Ärzten oder vorwiegend von Laien ausgeübt wissen wollen. Wenn die Autoritäten, d. h. die Internationale Unterrichtskommission dabei blieben, daß die medizinische Vorbildung für die Psychoanalyse irrelevant sei, so würden sie nur bewirken, daß sie schließlich wirklich irrelevant wird: Denn es würde bedeuten, daß die Zahl der Ärzte-Analytiker mit der Zeit auf ein Minimum zurückgehen würde, was für die innere und äußere Entwicklung der Analyse verhängnisvolle Folgen zeitigen müßte.

Ich habe vorhin dargelegt, warum ich bestimmt dafür eintrete, daß die Psychoanalyse im Wesentlichen eine ärztliche Organisation und Lehre bleiben soll. Wir sollten uns vor allem bestreben, die medizinischen Psychologen und Psychopathologen, dann die Psychiater und durch sie die übrigen Mediziner zu beeinflussen; von dieser autoritativen Stellung aus könnte unser Einfluß dann auch in die Nachbarwissenschaften ausstrahlen, wie es in ähnlichen Fällen schon oft geschehen ist. Ich halte dieses Vorgehen für durchaus aussichtsreich, sein Erfolg wird allerdings davon abhängen, ob wir eine einheitliche Organisation von gründlich geschulten Analytikern bleiben.

Andererseits sehe ich keinen zureichenden Grund zu dem Ausschluß der Laienanalytiker von der Mitarbeit. Die Gründe, die dafür sprechen, werden weit aufgewogen durch den Verlust, den die Ausschaltung der Laienkollegen für die Psychoanalyse bedeuten würde. Wir wissen, daß ein Laienanalytiker in manchen, wenn auch durchaus nicht allen Fällen eine Analyse ebensogut durchführen kann wie ein Arzt-Analytiker, man sollte ihm daher unter

gewissen Kautelen einen Platz in der psychoanalytischen Organisation einräumen. Zu diesen Kautelen rechne ich vor allem, daß ein Laienanalytiker keine selbständige Praxis ausüben darf; es ist unerläßlich, daß er zu Beginn der Analyse einen Arzt zu Rate zieht und oft wünschenswert, daß er während ihrer Dauer in dauerndem Kontakt mit ihm bleibt.

Aus bereits ausführlich erörterten Gründen vertrete ich den Standpunkt, daß die Internationale Unterrichtskommission es jedem Laienkandidaten ans Herz legen solle, einen medizinischen Studiengang zu absolvieren und daß sie unter denen, die eine solche Vorbildung für überflüssig erachten, eine strenge Auswahl trifft. Die Kriterien dieser Auslese müssen im einzelnen festgesetzt werden, nachdem man sich über die Grundprinzipien geeinigt hat; zu den wichtigsten würde ich Charakter und Persönlichkeit sowie Art der früheren wissenschaftlichen Vorbildung rechnen.

Der Kongreß und durch ihn die Internationale Unterrichtskommission wird also in der Hauptsache drei Fragen zu beantworten haben: *1)* Sollen Laienanalytiker in Zukunft völlig ausgeschlossen werden? *2)* Wenn nicht, sollen sie bedingungslos zugelassen werden (Plan *A*) oder erst nachdem sie stichhaltige Gründe vorgebracht haben, warum sie das medizinische Studium nicht durchlaufen können (Plan *B*)? *3)* Falls in den verschiedenen Ländern Meinungsverschiedenheiten über diese Frage entstehen, wie sollen sich die Unterrichtsausschüsse dieser Länder dazu stellen?

Diese letzte Frage, die bisher noch nicht erörtert wurde und dringend einer Regelung bedarf, muß man trotz ihrer Heikelkeit ins Auge fassen, denn zahlreiche gefühlsmäßige Momente, die sich bei der Erörterung der ganzen Frage der Laienanalyse geltend machen, hängen mit ihr zusammen. Die Zeit, in der jeder Analytiker sich die Verantwortung für die psychoanalytische Ausbildung von Kandidaten anmaßen durfte, ist glücklicherweise vorüber, da die Unterrichtsausschüsse der einzelnen Gruppen diese Sache selbst in die Hand genommen haben. Vorausgesetzt, daß sie in allen Ländern funktionieren so wie wir hoffen, werden sie auch entscheiden müssen, wie sie sich zu den ausländischen Kandidaten stellen sollen. Die Natur des Menschen ist nun einmal so beschaffen, daß das Verantwortungsgefühl viel stärker ist, wenn es sich um einen Landsmann, also potentiell einen künftigen Kollegen, handelt, als wenn der Kandidat ein Ausländer ist, dessen vielleicht vorhandene Mängel mit seiner Abreise unserem Gesichtskreis entschwinden und nur die Kollegen im fernen Lande schädigen. Jene Analytiker, die der Ansicht huldigen, ein bißchen Psychoanalyse sei immer noch besser als gar keine, mögen weiter keine Gewissensbisse fühlen, einige Wochen mit einem notorischen Charlatan zusammenzuarbeiten, der später in seine Heimat zurückkehrt und sich brüstet, er sei von Herrn So-und-so ausgebildet (zumal er nicht anzuführen braucht, ob seine Ausbildung erfolgreich war oder nicht); man kann aber nicht wohl erwarten, daß die Analytiker, die nach seiner Rückkehr in die Heimat mit ihm zu tun haben, von diesem Vorgehen sonderlich entzückt sind. Ich bin entschieden der Meinung, daß man den verschiedenen nationalen Gruppen in dieser Frage eine weitgehende Autonomie zugestehen sollte. Hat eine solche Gruppe, welche die besonderen Erfordernisse und Verhältnisse ihres Landes am besten kennen muß, sich für eine bestimmte Richtung entschieden, so muß jeder Versuch seitens der übrigen Gruppen der Internationalen Vereinigung, diesen Beschluß umzustoßen

und ihr einen anderen aufzuzwingen (z. B. Laienanalytiker jenes Landes auszubilden, dessen Unterrichtskommission dies für nicht wünschenswert erklärt hat), zu Reibungen zwischen den Gruppen führen und mit der Zeit verhängnisvoll auf die Interessen der Psychoanalyse selbst zurückwirken.

Diese Betrachtungen zeigen nebst vielen anderen, wie wünschenswert es ist, daß die Internationale PsA. Vereinigung zu einer einheitlichen und womöglich einstimmigen Stellungnahme zu den in diesem Aufsatz behandelten Fragen kommt. Um das zu erreichen, müssen natürlich Konzessionen auf beiden Seiten gemacht werden. Indem ich die beiden extremen Lösungen ablehne, habe ich einen Mittelweg gezeigt, der mir gleichzeitig gerecht, vorteilhaft und gangbar erscheint.

III

Ernst Simmel (Berlin):

Im ersten Augenblick kann die Tatsache überraschend anmuten, daß Prof. Freud in einem aktuellen Zusammenprall der Psychoanalyse mit der öffentlichen Meinung seine lang geübte Zurückhaltung vorübergehend aufgibt und im Tageskampf der Meinungen persönlich für die Psychoanalyse Partei ergreift. Doch hat Freud keineswegs — wie es den Anschein haben könnte — seine bisherige Anschauung von der aus sich selbst wirkenden Triebkraft der psychoanalytischen Bewegung geändert. Nur hat die Gegenbewegung durch Wandlung ihres Charakters andere Formen der Auseinandersetzung notwendig gemacht.

In der Tatsache, daß man in Österreich unter Berufung auf das Kurpfuschereigesetz fordert, daß „nur Ärzte" analysieren sollen, erkennt Freud eine neue, modifizierte Form der früheren Ablehnung, die sich nur des Anscheins einer freundlicheren Einstellung bedient. Diese Modifizierung aber ist es, die ihn veranlaßt, seine bisher geübte Reserve zeitweilig zu verlassen. Denn tatsächlich geht hier die Schulmedizin unter der Maske der Sanktionierung der Psychoanalyse aus ihrer bisher beobachteten Rolle passiver Ablehnung zu einer nicht minder feindseligen Aggression über. Sie holt zu einem Schlage gegen Personen aus, um die Sache, deren Träger sie sind, damit desto empfindlicher zu treffen.

Wir können uns leicht vorstellen, was es bedeuten würde, wenn diesem Vorgehen Österreichs Erfolg beschieden wäre und etwa andere Länder seinem Beispiel folgten.[1] Das generelle Verbot psychoanalytischer Therapie für die Nichtärzte unter uns würde einer empfindlichen Lähmung unserer psychoanalytischen Wissenschaft gleichkommen; denn damit würde gerade einigen der bedeutendsten analytischen Forscher ihre eigentliche Forschungsbasis, d. i. die Empirie, entzogen. Es würde ferner bedeuten, daß gerade unsere besten Lehrer ihre auf die Erziehung psychoanalytischer Fachleute gerichtete Arbeit einschränken oder aufgeben müßten, mit der Konsequenz, daß — bei der noch völlig unzulänglichen Zahl von psychoanalytischen Fachleuten — zahlreiche

1) In Deutschland ist unter Führung der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums" eine starke Bewegung im Gange, die Kurierfreiheit durch legislative Maßnahmen aufzuheben.

neurotisch Kranke keine sachgemäße, d. h. psychoanalytische Behandlung mehr finden könnten. In größerer Zahl würden sie dann wieder dem therapeutischen Trauma jener Ärzte anheimfallen, die, sanktioniert durch ihre allgemeine staatliche Approbation, sich an jeden kranken Menschen heranwagen, auch wenn ihre Vorstellungen von der zu behandelnden Krankheit noch so laienhafte sind.

Prägnant beleuchtet Freud die vorliegende Situation mit den Worten: „Die Kranken sind in diesem Falle nicht wie andere Kranke, die Laien nicht eigentlich Laien, und die Ärzte nicht das, was man von Ärzten erwarten darf."[1] Denn tatsächlich können hinsichtlich der psychoanalytischen Therapie „Kurpfuscher" nicht die Laienbehandler genannt werden, sondern nur solche, die — gleichgültig ob Ärzte oder Nichtärzte — „behandeln, ohne die dazu erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu besitzen". Die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten kann man bisher aber nicht im Verlauf der medizinischen Ausbildung, sondern nur an unseren Psychoanalytischen Instituten erwerben. Daran wird sich in Zukunft kaum etwas ändern. Denn die Wesensart der Psychoanalyse wird es doch niemals zulassen, daß sie eines Tages „von der Medizin verschluckt werde und etwa eine endgültige Ablagerung im Kapitel Therapie neben Verfahren, wie Suggestion, Autosuggestion und Persuasion" fände. Als eine Universalwissenschaft der „Tiefenpsychologie" ist die Psychoanalyse nämlich in immer ausgedehnterem Maße berufen, ein neues Fundament allen Wissensgebieten zu geben, die überhaupt eine Menschheitskunde betreiben. Das gilt für die Pädagogik, für die Kunst, Religions- und Sozialwissenschaft nicht weniger als für die Gesamtheit der medizinischen Heilkunde. Unsere Institute aber werden, um ihrem ständig wachsenden Aufgabenkreis gerecht zu werden, sich immer mehr zu „Psychoanalytischen Hochschulen" im Sinne Freuds entwickeln, und dies nicht erst in utopisch ferner Zukunft, sondern schon in der Gegenwart, durch konsequenten Aufbau und Ausbau ihrer bereits gegebenen Grundlagen. An ihnen wird dann — einmal als an staatlich anerkannten Akademien — nicht nur der künftige Arzt, sondern auch der künftige Pädagoge wie der werdende Kriminologe u. a. ein Stück seines Bildungsganges absolvieren müssen. Ich glaube, wir stimmen sämtlich unserem Meister darin bei, daß — abgesehen von dem künftigen Therapeuten — auch jedem, der die Psychoanalyse praktisch auf irgendein wissenschaftliches Gebiet anwenden will, im Verlauf seines speziellen Bildungsganges Gelegenheit geboten werden muß, die Psychoanalyse durch ein Stück eigener Handhabung in ihrer objektiven Auswirkung auf den Menschen kennen zu lernen. Dabei braucht diese Tatsache, daß auch ein Geisteswissenschaftler in seiner Ausbildung vorübergehend einen Neurotiker behandelt, die offiziellen Vertreter der Medizin keineswegs zu beunruhigen. Denn gerade unsere Institute — und zwar nur diese — können die volle Verantwortung für ein solches Novum übernehmen: Als Organe der Psychoanalytischen Vereinigung, die Ärzte und Geisteswissenschaftler, getragen von den gleichen psychoanalytischen Erkenntnissen und Interessen, zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließt, sind sie imstande, derartige Behandlungen durch ständige „sorgsame Kontrolle" von ärztlichen Analytikern zu überwachen. Dabei werden

1) Alle in Anführungszeichen gesetzten Zitate Freuds in diesem Aufsatz sind dem Buch „Die Frage der Laienanalyse" entnommen.

meist nicht rein medizinische Indikationsstellungen im Vordergrund stehen, sondern mehr gewisse Neurosenformen (Charakterstörungen, Begabungshemmungen, Berufsschwierigkeiten u. ä.), die der Ausdruck spezifischer Reaktionsstörungen auf einen „unerträglichen, nach einem Korrektiv verlangenden Druck" unserer modernen Kultur sind.

Ich habe hier Wesentliches aus dem letzten Kapitel des Buches „Die Frage der Laienanalyse" vorweggenommen, um zu zeigen, wie weitgehend Prof. Freud sicherlich sich im Einvernehmen mit all seinen Schülern wissen kann. Denn in gleicher Weise wie er, sehen wir die „inneren Entwicklungsmöglichkeiten der Psychoanalyse" und erkennen die volle Berechtigung seiner Forderung, daß vor dem eigenen, lebendigen Gesetz, nach dem die Psychoanalyse ihren Weg angetreten hat und vollenden wird, der tote Buchstabe des Paragraphen schweigen muß, damit nicht wieder einmal Vernunft zu Unsinn und Wohltat zu Plage wird.

Aber gerade die Erkenntnis von der so vieles umfassenden Bedeutung unserer Wissenschaft schließt für mich nicht die Konsequenzumkehrung in sich, daß die spezielle Anwendungsform der Psychoanalyse als Krankenbehandlung gerade die medizinische Vorbildung entbehrlich mache. Unzweifelhaft ist es richtig, daß die „analytische Ausbildung zwar den Kreis der ärztlichen Vorbereitung überschneidet, diesen aber nicht einschließt und von ihm nicht eingeschlossen wird." Spricht darum aber etwas dagegen, daß nicht an dem Kreuzungspunkt von psychoanalytischer und ärztlicher Vorbildung gerade letztere für den Therapeuten so grundlegend und so vollkommen wie nur irgend möglich gestaltet werden muß? Ist nicht die bestmögliche Hilfe für den Kranken auch in der analytischen Therapie am ehesten durch einen vollgültigen Arzt, der gut psychoanalytisch ausgebildet ist, gewährleistet? Uns will es gerade auf Grund Freuds eigener Argumentation so scheinen: „Denn der kranke Mensch ist ein kompliziertes Wesen — er kann uns daran mahnen, daß auch die so schwer faßbaren seelischen Phänomene nicht aus dem Bild des Lebens gelöscht werden dürfen. Der Neurotiker gar ist eine unerwünschte Komplikation, eine Verlegenheit für die Heilkunde. Aber er existiert und geht die Medizin besonders nahe an."

Soll man nun zu der Tatsache, daß die Neurose für die heutige Schulmedizin tatsächlich noch eine „Verlegenheit" ist, eine weitere „Verlegenheit" dadurch sanktionieren, daß man den Beruf des nichtärztlichen analytischen Therapeuten ganz allgemein gutheißt? Wie für den nichtanalytischen Arzt die Neurose des Kranken eine „Verlegenheit" ist, muß doch für den nichtärztlichen Analytiker stets das Kranksein des Neurotikers eine Verlegenheit bleiben. Denn immer wird, nach Freuds eigenen Worten, für den Laienanalytiker die Notwendigkeit bestehen bleiben, „ärztliche Begutachtung vor Beginn der Behandlung und bei gewissen Zwischenfällen während derselben" anzufordern, um die „Gefahr der Zustandsverkennung" zu vermeiden.

Also hier wie dort — bei dem nichtmedizinischen Analytiker wie bei dem nichtanalytischen Schulmediziner — bestehen, wenn auch bei letzteren in unvergleichlich höherem Maße, Unzulänglichkeiten in der Behandlung von neurotisch Kranken. Diesem Faktum gegenüber bleibt Freud trotz des historischen „Unrechts", das die Medizin seiner Person und seiner Sache

angetan hat, unparteiisch genug, um durch seinen „Unparteiischen" ein Material zusammentragen zu lassen, das die endgültige Lösung des Problems nur in einer Richtung zuläßt, nämlich in der „Erzielung der idealen ärztlichen Persönlichkeit, die allen Aufgaben ihres Berufes gewachsen sein soll". Und sicherlich wird er nichts gegen ein Postulat einzuwenden haben, das diese Formulierung auch in der Anwendung auf einen enger umschriebenen Aufgabenkreis gestattet: Erzielung einer idealen fachärztlichen Persönlichkeit, die einer Sonderaufgabe ihres Berufes, d. h. hier der Neurosenbehandlung, voll gewachsen sein soll. Freud zweifelt ja nicht daran, „daß der Neurotiker die Medizin besonders nahe angeht". Er sieht nur deren bisherige Unzulänglichkeiten und Schwierigkeiten dem Neurosenproblem gegenüber und erklärt sich „selbst nicht berufen, den Ausweg aus ihnen anzugeben". Nur darum meint er, „daß vorläufig allen Interessen Rechnung getragen wird, wenn sich die Ärzte entschließen, eine Klasse von Therapeuten zu tolerieren", die als nichtmedizinische gute Analytiker sich bei ihren Behandlungen für gewisse Krankheitserscheinungen von Ärzten beraten lassen können. Dieses Moment der Vorläufigkeit aber, das Freud selbst in der von ihm vorgeschlagenen Lösung in der Frage der sogenannten Laienanalyse sieht, ist in der Diskussion meist übersehen worden. Man hat Freuds Anschauung fälschlich dahin verstanden, als ob er die ärztliche Vorbildung grundsätzlich auch für die Zukunft als überflüssig erachte. Allerdings konnte der Leser der Freudschen Streitschrift wohl durch einige Ausführungen des Autors selbst zu seiner irrigen Auffassung verführt werden. Denn Freud sieht in dem gegenwärtigen Ausweg, die analytische Therapie für entsprechend ausgebildete Nichtärzte freizugeben, bei aller Vorläufigkeit auch keinerlei Gefahren. Er vertritt vielmehr den Standpunkt, daß unter den gegebenen Verhältnissen sogar „allen in Betracht kommenden Interessen" damit durchaus gedient ist, „den Interessen, die von dreierlei Art sind: das der Kranken, das der Ärzte und — *last not least* — das der Wissenschaft, das ja die Interessen aller zukünftigen Kranken mit einschließt."

Ich befürchte, daß dem nicht so ist. Mit mir sehen sicher nicht wenige eine Gefahr in der Verwirklichung der These, daß, entgegen den Richtlinien unseres Berliner Institutes, der nichtärztliche Analytiker für die Gegenwart statt als Ausnahme bereits als Regel gelten soll. Gefährdet erscheint dadurch nicht zum mindesten die in reger Entwicklung befindliche medizinische Wissenschaft.

Freud hat, will mir scheinen, bei Beleuchtung des Interesses, das die Wissenschaft an der analytischen Therapie nimmt, über dem Anspruch der psychoanalytischen Wissenschaft das der medizinischen zu gering veranschlagt. Er übersieht seine eigene tiefgreifende Einwirkung auf die in vollem Flusse befindliche Entwicklung der ärztlichen Heilkunde. Dank des — wenn auch häufig noch unbewußten und affektiv verschleierten — Einflusses psychoanalytischer Erkenntnisse auf unsere Hochschulen geht eine gewisse Epoche der Medizin sichtlich ihrem Ende entgegen — jene Epoche nämlich, in der die Aufmerksamkeit des Studierenden nur „auf objektiv feststellbare anatomische, physikalische, chemische Tatbestände hingelenkt" wurde, in der das „Problem des Lebens nur so weit in seinen Gesichtskreis gerückt wird,

so weit es sich aus dem Spiel der Kräfte erklärt, die auch in der anorganischen Natur nachweisbar sind". Sichtlich bricht sich in der Ärztewelt die Erkenntnis Bahn, daß „die schwer faßbaren seelischen Phänomene nicht mehr aus dem Bild des Lebens gelöscht werden dürfen", am wenigsten aus dem Bilde des gestörten Lebens, d. h. aus dem Krankheitsbilde.

Der erste allgemeine ärztliche Psychotherapeutenkongreß[1] vom vorigen Jahr in Baden-Baden ist ein untrügliches Zeichen der beginnenden Abkehr der Medizin von ihrem bisherigen Wege. Vertreter der verschiedensten ärztlichen Spezialgebiete fanden sich dort zusammen, um zu beraten, wie man aus der bisherigen Verlegenheit einseitig spezialistischer, „seelenloser" Krankheitsbetrachtung herauskommen könnte. Man hatte hinter der Krankheit den kranken Menschen mit seinen vielfältigen Lebenserscheinungen wieder entdeckt und war einmütig der Überzeugung, daß jede Krankheit — mag ein psychisches oder somatisches Symptombild im Vordergrund stehen — doch letzten Endes der Ausdruck einer Insuffizienz der Gesamtpersönlichkeit sei und als solcher therapeutisch erfaßt werden müßte. Wie weitgehend diese für die Medizin neue Einsicht eine Frucht der Ausbreitung psychoanalytischer Erkenntnisse ist, wurde durch die Tatsache deutlich, daß fast jeder an der Arbeit des Kongresses teilnehmende Forscher sich für sein Spezialgebiet eingehend mit der Psychoanalyse auseinandersetzte. Daß dabei der eine oder andere auf Grund persönlicher Widerstände nur erst Teilergebnisse der Psychoanalyse oder von uns bereits überwundene Auffassungen derselben akzeptierte, darf gerade den Analytiker nicht verleiten, den positiven Entwicklungsgang der Psychoanalyse in der Medizin zu übersehen.

Die „wissenschaftliche Medizin" beginnt also gerade mit ihrem Bemühen, als „praktische Heilkunde" den „innigen Zusammenhang zwischen den Dingen, die wir als körperlich und als seelisch scheiden", zu erfassen, und zwar mit Hilfe der Psychoanalyse. In diesem Augenblick die ärztliche Vorbildung für eine seelische Krankenbehandlung als unwesentlich erklären, bedeutet, die Medizin auf ihren alten Standpunkt der „Einseitigkeit" zurückdrängen, von dem aus sie „von der Biologie der Organe und von der Chemie her Wege der Erkenntnisse und der Beeinflussung zu dem Erscheinungsgebiet der Neurosen" erhoffte. Wollte man mit Freud wirklich der Medizin nicht heute, sondern erst an jenem „fernen Tage" ein Interesse an der Neurosenbehandlung zuerkennen, an dem es gelingt, seelische Störungen durch artefizielle Umstimmung des inneren Chemismus zu heilen, so würde das eine Hemmung gerade für den Fortschritt in der Medizin bedeuten, den die Psychoanalyse durch die ärztlichen Analytiker ihr bringen kann und bereits zu bringen beginnt. Es würde dann gerade das zustande kommen, was Freud vermeiden will: die kranke menschliche Seele würde das Spezialfach des Analytikers bleiben, wie der kranke Körper das des Arztes. Die durch die Psychoanalyse aber der gesamten Heilkunde zugänglich gemachte Möglichkeit, die „Lebensvorgänge" auch im kranken Organismus erfolgreich zu behandeln, würde wieder verloren gehen. Und auch unter psychoanalytischen Fachleuten könnte sich dadurch ein Seelenhandwerkertum

1) Verhandlungsbericht erschienen: 1927 bei Karl Marhold, Halle a. d. S.

ausbreiten, wie wir es anderwärts in der Heilkunde beklagen, wo beispielsweise ein Augenarzt bei Erkrankung des Tränennasenkanals den Nasenarzt zurate zieht, weil einige Millimeter unterhalb des Auges seine Kompetenz aufhört.

Ich glaube nicht, daß der Optimismus über die Entwicklungsmöglichkeiten der modernen Medizin, der meiner Betrachtung zugrunde liegt, seinen Ursprung etwa in einer fahrlässigen Urteilsbildung meinerseits hat, zu der mich eigene Ambivalenz der Psychoanalyse gegenüber verleiten könnte. Er befähigt mich vielmehr, einer Pflicht nachzukommen, die ich als eine wichtige Gegenwartsaufgabe des Freud-Schülers erachte, weil sie der Meister mit Recht für seine Person ablehnt: nämlich aktiv mitzuarbeiten an der Ausbreitung der Psychoanalyse auf Wegen, die ihr Freuds Werk selbst gewiesen hat. Meine Teilnahme an den Arbeiten des genannten Kongresses — im Plenum wie in seinen Kommissionen — wird, so hoffe ich, dazu beitragen, unserem Psychoanalytischen Institut die von Freud selbst gewünschte Autorisierung innerhalb der deutschen Ärzteschaft zu verleihen, zum wenigsten für die Ausbildung von Medizinern zu psychoanalytischen Therapeuten. Damit wäre ein wichtiger Anfang gemacht. Denn längst greift bei uns in Deutschland die Medizin nicht mehr nur feindselig nach der Psychoanalyse, wie anscheinend noch in Österreich, sondern oft auch aus dem offenkundigen Bedürfnis, von ihr zu lernen. Beweisend dafür ist auch die Tatsache, daß seinerzeit die Berliner Gynäkologische Gesellschaft unseren unvergeßlichen Abraham zu einem Vortrag über die Bedeutung der Analyse für die Frauenheilkunde aufforderte, und weiter nicht ganz selten Einladungen anderer ärztlicher Korporationen an unsere Gesellschaft zu Referaten und gemeinsamen Diskussionen ergehen. Innerhalb der Ärztewelt ist die Latenzzeit für die Psychoanalyse endgültig vorüber. Und wenn heute ihre Exponenten in Österreich nach ihr noch mit einem energischen „Nein" greifen, so ist für mich auch diese Ablehnung doch nur eine Verneinung jener Art, von der Freud uns gelehrt hat, daß sie das Nachlassen eines Verdrängungsvorganges ankündigt. Die Mediziner erkennen mit solcher Negation die Psychoanalyse im Bewußtsein ihrer Wissenschaft an, weil sie sich aus ihr nicht mehr verdrängen läßt. Im übrigen sind uns die bisherigen langjährigen heftigen Widerstände gerade der Ärzte gegen das Neurosenproblem doch besonders verständlich. Es geht ja nicht nur die Medizin, sondern auch die Mediziner in persona „besonders nahe" an. Die Forschungen Freuds und Róheims haben ja erwiesen, daß gerade ihre Berufswahl nach unbewußten archaischen Gesichtspunkten erfolgt und ihre Berufsausübung nur zu oft einer symbolischen Ersatzbildung an Stelle eines neurotischen Symptoms gleichkommt, im Dienste nachträglicher Erledigung einer seinerzeit mißglückten Bewältigung ihres Ödipuskonfliktes. Die narzißtische Enttäuschung, die die psychoanalytische Erkenntnis für den Kulturmenschen bedeutet, ist für den Arzt doch besonders peinlich. Sie nimmt ihm den Nimbus des alten Zauberers und Medizinmannes, entreißt ihm den in unbewußtem Stolz getragenen Mantel der „Allmacht und Allwissenheit" und verurteilt ihn zur Bescheidenheit „des Wissenden, der weiß, wie unzulänglich sein Wissen ist". Die bisherige zentrale Stellung seiner eigenen Subjektivität muß er an die „Lebensvorgänge" seiner Patienten abtreten, auf deren noch so unscheinbare Äußerungen er nun nicht mehr zu

blicken, sondern auch zu hören hat. Oft genug kommt er dazu noch in Gefahr, gerade aus dem sublimen Anteil seines Antriebes zur Hilfsbereitschaft zu erkranken, d. h. vom Mitleid zum Mitleiden zu regredieren.[1]

Bei all solchen intrapsychischen Schwierigkeiten, die die Psychoanalyse gerade dem Arzte bereitet, muß es mehr als ein äußerer Anlaß, muß es eine innere Notwendigkeit sein, wenn die überwiegende Mehrzahl der psychoanalytischen Therapeuten doch schließlich aus dem ärztlichen Beruf hervorgegangen ist. Die innere Notwendigkeit ergibt sich aus der Tatsache, daß die psychoanalytische Neurosentherapie zwar eine ganz spezielle und neuartige Form der Heilkunde und ihrer praktischen Anwendung darstellt, aber doch — wie auch die gesamte übrige Therapie — an kranken Menschen ausgeübt wird, also an Menschen, deren „Lebensvorgänge" eben gestört sind, d. h. hier vorwiegend die seelische Manifestation eines in ständiger Wechselwirkung mit dem Körper befindlichen biologischen Ablaufs. Die ärztliche Berufsausbildung erscheint mir darum unerläßlich für jede von eigener Verantwortung getragene Beschäftigung mit Kranken, also auch für die analytische Therapie.

Es ist unzweifelhaft richtig, daß der Mediziner von heute viele Kenntnisse, die er im Laufe seiner Vorbildung erworben hat, für seine Betätigung als Psychoanalytiker nicht mehr verwenden kann; und es ist ebenso richtig, daß ihm dieselbe Vorbildung die Vermittlung vielerlei Kenntnisse und Fähigkeiten, deren er dringend benötigt, schuldig bleibt. Daraus ergibt sich für mich lediglich die Konsequenz, vorläufig besonders vorsichtig mit der Zulassung von Medizinern zur Ausbildung in der analytischen Therapie zu sein und darauf zu achten, daß Begabung und Eignung ihnen ersetzt, was der offizielle Unterricht aus Mangel an psychologischer Einstellung ihnen noch versagt. Dabei darf erwähnt werden, daß gerade jetzt in Deutschland eine gründliche Reformierung des medizinischen Unterrichts inauguriert und dabei versucht wird, psychologischen Bedürfnissen, wie sie der Baden-Badener Kongreß gezeitigt hat, Rechnung zu tragen. Bei solcher Neuorientierung wäre sicher für den analytischen Psychotherapeuten wie auch für manch anderen Spezialisten eine gewisse Dezentralisierung des Unterrichts, etwa eine strahlenförmige Aufspaltung des praktisch und theoretisch zu bewältigenden Ausbildungsmaterials wünschenswert, damit der Lernende Gelegenheit hat, frühzeitiger als bisher sich seiner Spezialausbildung, d. h. in unserem Fall den Psychoanalytischen Instituten zuzuwenden.

Wenn Freud meint, daß der Analytiker „die Hauptmasse dessen, was die medizinische Schule lehrt, für seine Zwecke nicht gebrauchen kann", so macht er damit m. E. das eigentliche Können des Therapeuten zu sehr von der Menge eines bewußt verfügungsbereiten Materials von Kenntnissen abhängig. Zudem scheint mir ein gewisses Quantum an physio- und pathobiologischen Einsichten gerade mit Rücksicht „auf die Gefahr der Zustandsverkennung" nicht weniger wichtig als die nach anderer Hinsicht bedeutsamen Zusammenhänge „der Kulturgeschichte, Mythologie, Religionspsychologie und Literaturwissenschaft".

1) Vgl. dazu meine Ausführungen in „Doktorspiel, Kranksein und Arztberuf", Bd. XII dieser Zeitschrift, Heft 3.

Und wenn auch für die Zwecke der praktischen Heilkunde der heutige ärztliche Ausbildungsgang noch manchen entbehrlichen Ballast mit sich trägt, so muß, meine ich, der Studierende vieles gerade nur darum lernen, um es wieder vergessen zu können. So muß er z. B. die „Kenntnis der Fußwurzelknochen" einmal — vergessen haben, um in sich ein Bild von dem wichtigen und komplizierten Bau des Stützapparates der menschlichen Person zu bewahren. Er muß als Praktiker auch die einzelnen „Serumreaktionen" wieder vergessen haben, um die Bedeutung der Immunobiologie in ihrer Ganzheit für das Problem der Persönlichkeitsinsuffizienz anschaulich erfassen zu können. Unsere analytische Betrachtungsweise läßt es ja ganz besonders verständlich werden, daß die Entwicklung der Persönlichkeit, auch zum Berufsmenschen, durch introjektive Verarbeitung von Vorstellungsinhalten vor sich gehen kann, die gerade durch ihre Vergessenheit über den Wert eines deskriptiv intellektuellen Bildungsstoffes hinaus den Wert einer formativen Kraft erlangen, von der wir als Person gebildet werden. Besonders zur „Erzielung der idealen ärztlichen Persönlichkeit" gehört viel solchermaßen erworbene Bildung. Denn diese erst befähigt den Heilkundigen, über ein Können hinaus zu wirklich ärztlicher Kunst zu gelangen.

Ist es zudem doch gar nicht nur theoretischer Wissensstoff, den der Medizinbeflissene im Laufe seines Studiums zu bewältigen hat. Gerade die praktischen Erfahrungen des Arztes mit dem Kranken und seiner Welt sind es, die ich auch für den analytischen Therapeuten nicht missen möchte. Die vielfältigen Aspekte, die er in der Klinik sammelt und am häuslichen Krankenbett, die vielen kranken Menschen, die er sieht und beobachtet, ebenso wie die vielen Krankheiten, deren Reaktionen auf ihn unter den verschiedensten Lebensumständen zurückwirken, — das Milieu des Krankenhauses, das Milieu der Familie unter der Härte des Arbeitsprozesses und der sozialen Not, — das Krankwerden des Menschen, sein Gesundwerden, ja sein Sterben — all das sind eindrucksvolle Erlebnisse, die meiner Meinung nach jeder gehabt haben soll, der einmal die Verantwortung für das Schicksal irgendeines Kranken zu tragen hat. Und auch der Analytiker muß m. E. imstande sein, selbständig eine solche Verantwortung zu übernehmen. Denn die notwendig werdenden Beihilfen, deren der Laienanalytiker von seiten des Arztes vor und während der psychoanalytischen Kur bedarf, können die Gefahren der „Zustandsverkennung" wohl einschränken, aber niemals ganz beseitigen. Wo aber psychoanalytische Gründe die Zuziehung eines anderen Arztes notwendig machen, gerade da darf, wie ich noch ausführen werde, im Interesse des Kranken dies nicht unter dem Zwange einer Kompetenzunfähigkeit des Laienanalytikers, sondern nur aus dem fakultativen Ermessen des ärztlichen Psychotherapeuten geschehen.

Auch die Voruntersuchung des Patienten soll der wirklich verantwortungsbereite Analytiker selbst zu übernehmen in der Lage sein. Die differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten liegen ja dabei zum allerwenigsten bei der Frage: Neurose oder Schizophrenie, die bei der Diskussion unseres Themas immer über Gebühr betont wird. Denn tatsächlich wird jeder erfahrene „Laienanalytiker" instruktivere Vorstellungen von den Paraphrenien haben als der Schulpsychiater.

Aber vieles andere Wichtige muß entschieden werden, nämlich, was auch

Freud hervorhebt, ob jeweils überhaupt eine originäre Neurose vorliegt oder nur das Manifestwerden eines solchen Symptombildes infolge einer „relativen Ichschwäche" bei einer somatischen Erkrankung. Wer kann hier wirklich sachgemäß urteilen und die oft nur geringen Abweichungen vom Psychischen oder Physischen entsprechend gegeneinander abwägen, zumal in der Frage nach der Indikationsstellung für die einzuschlagende Therapie: nicht der Laienanalytiker ist kompetent, aber auch nicht der Arzt, sondern nur die Synthese aus Analytiker und Arzt.

Ich erinnere mich eines speziellen Falles, wo eine ganz typische Zwangsneurose der Vorläufer einer Hirnlues war, die innerhalb von zwei Wochen zum Tode führte. In der eingehenden Aussprache mit dem Konsulenten, während der er mir von seiner relativen Impotenz (Potenz bei der Prostituierten, Impotenz bei der Ehefrau) berichtete, war mir eine gewisse Trägheit seines Pupillenspiels aufgefallen. Wäre ich hier nicht auch als Arzt aus früherer klinischer Arbeit darauf eingestellt gewesen, vielerlei Ausdrucksmöglichkeiten menschlicher Krankheiten, physischer und psychischer, auf mich einwirken zu lassen, wäre ich sicher leicht der Versuchung unterlegen, hier eine psychoanalytische Behandlung auch ohne vorherige Untersuchung einzuleiten.

Es müssen auch neurosenähnliche Krankheitsbilder gut gekannt werden, die der initiale Ausdruck von Erkrankungen des Zentralnervensystems oder auch des inneren Stoffwechsels sind. Manisch-depressive Erscheinungen bei beginnender Paralyse, Abweichungen von der normalen Sensibilität, neuralgische Prozesse, Störungen der Potenz bei beginnender Tabes, beim Diabetes u. ä. Welcher Arzt könnte die Hysterieformen einer multiplen Sklerose verkennen, dem das Lautbild einer skandierenden Sprache einmal im Ohr geblieben ist!

Wie soll sich endlich der „Laienanalytiker" einem Kranken gegenüber verhalten, bei dem der Arzt einwandfrei die Diagnose einer Organneurose gestellt hat. Die Indikation für eine psychoanalytische Kur ist unzweifelhaft gegeben. Aber das ganze Vorleben des Patienten ist oft so weitgehend von neurotisch bedingten körperlichen Störungen beeindruckt, die sich während der Behandlung reaktiv noch verstärken, daß die Psychoanalyse mit Aussicht auf Erfolg nur begonnen und durchgehalten werden kann, wenn der Therapeut dem immer regen Mißtrauen seines Analysanden mit wirklich voller ärztlicher Verantwortungsfähigkeit zu begegnen imstande ist. Gerade dann, wenn der Analytiker die Voruntersuchung selbst vorgenommen hat, wird sich der Patient bei ihm mit all seinen Beschwerden am rechten Ort fühlen und ihm gern die Verantwortung auch für neu auftretende Krankheitserscheinungen überlassen. — Gleichwohl wissen wir, daß das Phänomen passagerer organischer oder organisch scheinender Symptombilder die Hinzuziehung eines zweiten Arztes zur Vermeidung von Übertragungsschwierigkeiten notwendig machen kann. Aber auch dieser Gegebenheit gegenüber scheint mir aus rein psychoanalytischen Erwägungen die Position des ärztlichen Analytikers stärker als die des nichtärztlichen.

Wir müssen doch annehmen, daß speziell die während des Behandlungsablaufs auftretenden somatischen Symptombilder die Anzeichen eines Wiederverdrängungsvorganges darstellen, der, aus einem mißlungenen Übertragungsversuch heraus, im Dienste des Widerstandes dem Wiederholungszwang gehorcht. — Die Aktualisierung des neurotischen Konflikts erleidet in solchen

Momenten insoweit eine gewisse Verschiebung, als sie nicht auf die objektive Außenwelt, — d. h. auf die Beziehung zum Analytiker, — sondern auf die subjektive Außenwelt, wie ich es einmal nannte,[1] auf den eigenen Körper bezogen wird. Die gewisse Klebrigkeit einer Introversionsneigung, die sich dabei dokumentiert, erfüllt damit ausgezeichnet den unbewußten Zweck einer Kompromißbefriedigung. Diese Art von leiblichem Agieren, das ein körperliches Erleben „an Stelle einer Erinnerung setzt", will wohl den analytischen Arzt zur Untersuchung, d. h. zu direkten Zärtlichkeiten verführen. Sie schließt aber gleichzeitig in sich den Übergang zu einer verstärkten Abwehr, zu einer Regression von der Verdrängung zur Flucht. Denn der Analysand will fliehen zu einem anderen, zum sogenannten richtigen Arzt, zu dessen Untersuchung und zu dessen Behandlung. — In Übertragungskonflikten solcher Art hat, meine ich, der ärztliche Analytiker dem Patienten gegenüber eine viel sicherere und für den Fortgang der Kur viel aussichtsreichere Stellung als der Laienanalytiker. Denn ersterer ist ja viel eher imstande und auch berechtigt, gerade im Hinweis auf seine eigene Voruntersuchung und seine auf medizinische Erfahrung gestützte Einschätzung körperlicher Reaktionen und ihrer Konsequenzen, die Hinzuziehung eines anderen Arztes weitestgehend zu inhibieren. — Tritt aber dennoch der Fall ein, daß er selbst eine solche Konsultation, beispielsweise eines Organspezialisten, nicht umgehen zu können glaubt, dann wird er als eigentlich behandelnder Arzt damit den Patienten nicht aus der Hand zu geben brauchen. Während eines notwendig werdenden Behandlungsintervalls wird er ihm als Konsiliarius zur Seite bleiben und verhüten, daß der zugezogene Spezialkollege seine Untersuchungsmethodik etwa übertreibt, alle erforderlichen organtherapeutischen Maßnahmen aber auf ein Minimum einschränkt. Denn der Analytiker soll nicht untätig zusehen, wie der Patient sich in jener anderen Behandlung breite Abfuhr- und Bindungsmöglichkeiten für seine positive und negative Übertragung schafft, um sie der analytischen Situation, in der sie aktiviert wurde, zu entziehen. — Die Konsequenzen können bei völliger Ausschaltung des Analytikers für den ehemaligen Analysanden im Dienste von Selbstbestrafungstendenzen und aus Flucht vor der Analyse des Kastrationskomplexes äußerst bedrohlich werden. — Denn die Kastrationsangst ist als Motor der Verdrängung, in der Übertragung aktiviert, auch der der Wiederverdrängung und damit der Motor ihrer archaischen Regression zur Flucht. — Die Kastrationsangst ist aber auch als Motor der Affektumwandlung von Liebe in Haß hier vermutlich gleichzeitig auch der der Affektumschaltung vom Psychischen ins Physische. — Wenn nämlich die seelische Funktion der Verdrängung nicht mehr haltbar, die äußere Motilität zur Flucht nicht mehr brauchbar ist, scheint mir als allein noch beschreitbarer Mittelweg zwischen Flucht und Verdrängung der Ausweg, d. h. der Einbruch kastrativer Tendenz in die innere Motilität, die Rückwendung destruktiver Libido auf das eigene körperliche Ich.

Der Analysand entrinnt mit solchem Kranksein in der gefahrbringenden psychoanalytischen Situation den selbstbedrohlichen inzestuösen Ansprüchen an seinen Analytiker. Er liefert sich damit aber gleichzeitig an eine Doublette

1) cf. „Doktorspiel, Kranksein und Arztberuf".

desselben, den richtigen Arzt aus. Diesem strebt der bewußtseinsfähige positive Anteil seiner Übertragung zu, den negativen wendet er gegen den Analytiker oder gegen sich selber.

Wir kennen solche organischen Neurotiker, die mit ihrem Spezialleiden lange Zeit oder niemals vom Spezialarzt loskommen, die ein-, auch mehrmals operiert werden müssen und zuweilen auf einen an sich kunstgerechten Eingriff mit unerwartet deletären Komplikationen (Narkosechok u. a.) reagieren.

In so gearteten Situationen, die sich nach meiner Erfahrung während der Kur unter dem Einfluß besonders stürmischer Übertragung bei einem gleichzeitig starken Kastrationskomplex ergeben können, kann Leben und Gesundheit unseres Patienten so bedroht sein, daß wir direkt genötigt sind, gute Analytiker und gute Ärzte in einer Person zu sein. — Als gute Analytiker dürfen wir in Fällen, wo die Sublimierungsfähigkeit des Analysanden begrenzt oder erschöpft ist, ein bereitliegendes Stück der Übertragung nicht auflösen, sondern müssen den Genuß derselben, wie Sachs einmal sagte, in „kleinen Dosen" ermöglichen. Als gute Ärzte dürfen wir vor allem unser oberstes Gesetz, das *nihil nocendi*, für den Kranken nicht außer acht lassen. — Beide Gesichtspunkte haben mich zweimal in meiner Praxis veranlaßt, von mir aus die psychoanalytische Situation aufzuheben und im Hause der Kranken diese persönlich zu untersuchen. Ich habe damit m. E. die psychoanalytischen Regeln nicht verletzt, sondern sie nur sachgemäß vom Psychischen aufs Physische übertragen. — Trotz der von anderer Seite gesicherten ernsten Diagnose: Blinddarmentzündung und Bauchfellentzündung — war der Effekt lediglich meiner Untersuchung ein auffallend schneller Rückgang der bedrohlichen Krankheitserscheinungen.

Derartige Vorkommnisse innerhalb der psychoanalytischen Behandlung sind gewiß selten; aber sie beweisen uns, daß auch eine Art von ärztlichem sogenannten Fingerspitzengefühl für den Analytiker nicht unwichtig ist, namentlich für die Indikationsstellung zu einer rechtzeitigen, aber doch situationsgemäßen Beendigung einer Kur.

Ein Psychoanalytiker wird auf Grund allgemein ärztlicher Erfahrung schon die ersten Anzeichen wahrnehmen, die ankünden, daß die Libido in ihrem Prozesse der Aufsplitterung tiefergehende psychische Regression vermeiden und einen Ausweg in Organerschütterungen wirklich ernster Natur suchen will.

Ich meine, seitdem Freud uns am hysterischen Symptom den Vorgang der Konversion vom Psychischen ins Physische kennen gelehrt und in seiner Studie „Zur Einführung des Narzißmus" als allgemein gültige Triebquelle jedes Krankheitsgeschehens — des seelischen wie des körperlichen — eine Überlastung des Ichlibidoreservoirs und die daraus resultierende Ichinsuffizienz aufgezeigt hat, hat die „Kluft zwischen Leiblichem und Seelischem für unsere Erfahrungen, besonders aber für unsere praktischen Bemühungen", weitgehend an Wichtigkeit eingebüßt. — Als Analytiker wie als Ärzte müssen wir doch stets, um wirken zu können, vom Niveau des Bewußtseins, das mit der äußeren Motilität den Zugang zur äußeren Realität beherrscht, zum Unbewußten, zur Heimat des Es hinabsteigen, das unter der Herrschaft der psychischen Realität auch das Steuer der „inneren Motilität", d. h. der Organbiologie, in der Hand hält.

Gewiß muß es für jeden „Unparteiischen" etwas Bestechendes haben, wenn Freud ihm in seiner wundervollen Darstellungstechnik zeigt, wie eigentlich der technische Kern psychoanalytischer Behandlungsmethode so gar keine Ähnlichkeit mit irgend einer anderen Form ärztlichen Handelns zeigt. Die Deutungskunst des Analytikers, abhängig „von der Schärfung intellektueller Fähigkeiten, an welche seine Tätigkeit die größten Anforderungen stellt", wird tatsächlich niemals im ärztlichen Ausbildungsgang erworben werden können, sondern nur in der theoretischen und praktischen Unterweisung an unseren Instituten. Und die Aktivierung der im Behandlungsprozeß wirksam werdenden dynamischen Kräfte — ihr Spiel und Widerspiel in der Seele des Analysanden wie des Analytikers, unter der Auswirkung der freien Assoziation auf der einen und der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit" auf der anderen Seite, ist wirklich unabhängig davon, ob der Analytiker daneben noch Arzt, Philosoph oder Jurist ist. — Gleichwohl glaube ich, im vorhergehenden gezeigt zu haben, daß es nicht gleichgültig ist, welche außeranalytischen speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten dabei im Therapeuten aktiviert werden. Es sind die ärztlichen Möglichkeiten, die ihn befähigen, in voller eigener Verantwortungsbereitschaft vor und während der Analyse allen Anforderungen des so vielfältigen Problems des Krankseins Rechnung zu tragen. — Das Neuroseproblem ist doch in diesem Zusammenhang gesehen eine große und bedeutsame Sonderaufgabe einer praktischen Heilkunde.

Es ist ja kein Zufall, daß die psychoanalytische Therapie von der medizinischen Praxis als ihrer eigentlichen Heimstätte ausgegangen ist. Und es ist auch kein Zufall, daß besonders bedeutende Geisteswissenschaftler sich in ihren Dienst gestellt und Großes für sie geleistet haben. Denn die Ärzteschaft hatte versagt. Sie hatte sich, auf Grund ihrer besonderen berufspsychologischen Widerstände, über zwei Jahrzehnte lang ihren Pflichten der Psychoanalyse gegenüber entzogen. — Jetzt ist der tabuierende Bann aber gebrochen. Und Arbeitskräfte nichtmedizinischer Analytiker können in zunehmendem Maße für jene vielen geisteswissenschaftlichen Anwendungsgebiete frei werden, die ihrer dringend bedürfen. Die psychoanalytische Krankenbehandlung jedoch, die von einem Arzttum ausgegangen ist, wird — wenn vielleicht auch noch auf Umwegen — endgültig zu ihm zurückkehren.

IV

Karen Horney (Berlin):

Das Problem der Laienanalyse läßt sich von sehr verschiedenen Gesichtspunkten aus in Angriff nehmen; und es scheint mir, daß man sich zunächst darüber klar sein muß, welche Seite des Problems durch diese Diskussion denn eigentlich geklärt werden soll.

Man kann sagen: die eine Seite des Problems ist der Außenwelt zugewendet, befaßt sich mit den Ansprüchen, die die Öffentlichkeit, also vor allem Behörden und Ärzteschaft, an uns stellen, und wird im wesentlichen in der Entkräftung und Zurückweisung dieser Ansprüche ihren Ausdruck finden. Diese — außenpolitische — Seite der Frage hier zu besprechen, dürfte doch wohl kaum der Sinn dieser Diskussion sein; nicht nur, weil dem, was Freud in seiner Arbeit hierzu gesagt hat, nicht viel Wesentliches hinzuzufügen sein

dürfte, und nicht nur, weil für uns in Deutschland kein aktueller Anlaß dazu vorliegt, sondern vor allem darum, weil wir ja im Kampf gegen das Unverständnis der Außenwelt unter uns einig sind.

Die andere Seite des Problems ist sozusagen eine innerpolitische, d. h. sie betrifft unsere eigene Stellungnahme zu der Frage. Und zwar erscheint es zweckmäßig, diese Frage nach zwei Seiten hin abzugrenzen: es handelt sich hier nicht um die Wege der psychoanalytischen Ausbildung als solcher, sondern um die Vorbildung des Analytikers; und auch da nicht um die des Analytikers im allgemeinen, sondern um die des psychoanalytischen Therapeuten. Denn es hieße — für uns — offene Türen einrennen, wollten wir uns darüber unterhalten, daß das Wichtigste für den Analytiker eben seine analytische Ausbildung ist, und daß wir dauernd daran arbeiten müssen, sie noch gründlicher und vielseitiger zu gestalten. Auch darüber, daß man dem Ethnologen oder Juristen, der eine analytische Ausbildung für sein Wissensgebiet wünscht, die Möglichkeit geben muß, sich an einigen Analysen selbst einen Eindruck von den psychischen Mechanismen zu verschaffen, hat es — zum mindesten bei uns in Berlin — nie Meinungsverschiedenheiten gegeben.

Es bleibt also die Frage nach der Vorbildung des analytischen Therapeuten. Doch da muß noch eine Einschränkung berücksichtigt werden, die man besser vorher absondert: die Frage nach der persönlichen Eignung zum Therapeuten. Diese Frage hat für uns in Berlin bei der Auswahl der Kandidaten faktisch eine sehr große Rolle gespielt; wir schätzen ihre Bedeutsamkeit so hoch ein, daß uns unter Umständen daneben die Frage der Vorbildung nicht entscheidend wichtig erscheint; sie greift also praktisch in die Frage der Vorbildung hinüber; aber wir tun dennoch besser daran, sie aus dieser Diskussion auszuschalten, weil es grundsätzlich wohl nur den einen Standpunkt geben kann, daß eine solche persönliche Eignung auf alle Fälle die *conditio sine qua non* sein sollte.

Nun zur Frage selbst. Da kommt es schon sehr darauf an, wie man sie stellt: im Sinne der idealen Forderung, also etwa so: Welches wäre die ideale Vorbildung, die wir uns für den Analytiker wünschen? Oder — vielleicht „realitätsgerechter" — in dem Sinn: Welche der real gegebenen Vorbildungsmöglichkeiten erscheint uns als die beste für den analytischen Therapeuten?

Nun, gewiß hat auch die erstere Fragestellung ihren unbestreitbaren Wert, und zwar nicht nur einen theoretischen, erwächst doch aus ihr die Aufgabe, auf die Verwirklichung dieser Ideale hinzuarbeiten, aber sie dürfte kaum im Mittelpunkt des aktuellen Interesses stehen.

Es bleibt also zunächst die Auswahl unter den gegebenen Möglichkeiten der Vorbildung. Ich glaube, daß es sich dabei wohl nur um die akademischen Studiengänge handeln kann; nicht nur, weil es — immer von Ausnahmen abgesehen — schwer möglich ist, sich eine wissenschaftliche Durchbildung anders anzueignen, sondern auch aus dem mehr äußeren Grunde, weil es nicht gut angängig ist, unsere Anforderungen vom Gesamtbild der in sozial ähnlich gestellten Berufen gegebenen Anforderungen loszulösen.

Von den gegebenen Fakultäten dürften wohl nur zwei ernsthaft in Frage kommen: die philosophische und die medizinische. Es kann gar keinem

Zweifel unterliegen, daß es innerhalb der philosophischen Fakultät wissenschaftliche Methoden und Wissensstoffe gibt, die für den Analytiker sehr fruchtbar sein können; wir brauchen nur an ethnologische, historische, literarische Kenntnisse zu denken oder an die erkenntnistheoretische Schulung des Denkens. Dennoch bleiben einige nicht unwesentliche Bedenken: Wird dem medizinischen Studium vorgeworfen, daß es für den Analytiker viel unnötigen Ballast mit sich bringt, so läßt sich dieser Vorwurf mit genau demselben Recht gegenüber jedem anderen real gegebenen Studiengang erheben. Ja, man könnte vielleicht behaupten: der Wissensstoff, der aus diesen Gebieten für den Analytiker unmittelbar von Wert sei, sei nicht viel mehr, als uns durch eine an bestimmten Punkten vertiefte allgemeine Bildung auch vermittelt wird oder werden könnte.

Wichtiger erscheint folgendes: diese gesamten Studiengänge richten die Einstellung auf theoretisches Denken; gewiß etwas sehr Wertvolles — aber man kann sich oft des Eindrucks nicht erwehren, als krankten wir Analytiker eher an einem Zuviel als an einem Zuwenig an Theorie.

Das medizinische Studium belastet zwar ebenfalls mit einer Unmenge von unnötigem Wissensstoff, aber es dürfte doch wohl unverkennbar sein, daß es auf der anderen Seite dem zukünftigen Analytiker sehr viel Wertvolles gibt. Ich möchte auch hier unterscheiden zwischen der allgemeinen Einstellung, die es vermittelt, also der allgemeinen ärztlichen Erziehung, und den positiven ärztlichen Kenntnissen.

Im Gegensatz zu den theoretischen Studiengängen hat das medizinische Studium schon einmal den Vorzug, daß es dasselbe Objekt hat, an das sich auch der Analytiker wendet: den lebendigen Menschen, und zwar den leidenden Menschen. Es will ausdrücklich dazu erziehen, sich diesen Menschen genau anzusehen, sich von seinem Zustandsbild und seinem Werdegang ein Bild zu machen. Dieses Bild ist zwar einseitig auf das Organische orientiert, aber ich kann in dieser Einseitigkeit gerade für den Analytiker keinen Nachteil erblicken; wird sie doch später durch seine eigentliche Ausbildung mehr als ausgeglichen. Es will weiter erziehen zum Umgang mit dem kranken Menschen, zum Verantwortungsgefühl ihm gegenüber und vor allem zum Willen zum Heilen. Dieser letztere steht ja bei uns nicht in absolutem Kredit, aber ich bin nicht sicher, ob er diese bescheidene Rolle wirklich verdient.

Natürlich kann man alle diese Einstellungen auch ohne die ärztliche Erziehung haben, aber ich vermag nicht einzusehen, warum man eine Vorr bildung geringschätzen soll, die sich um die Ausbildung und Vertiefung dieses Einstellungen ausdrücklich bemüht. Wir haben aus dieser Erwägung heraus in Berlin bei ärztlichen Kandidaten Wert gelegt auf eine möglichst ausgedehnte praktische Tätigkeit am Krankenbett.

Von den speziellen Kenntnissen stehen die psychiatrischen obenan. Sie lassen sich *realiter* nur im Rahmen der ärztlichen Ausbildung erwerben, denn man kann sie sich weder aus Lehrbüchern noch aus Vorlesungen aneignen, sondern ausschließlich durch die eigene klinische Tätigkeit. Nur auf diese Weise kann man Erscheinungs- und Verlaufsformen von paranoischen, manisch-depressiven, schizophrenen Erkrankungen wirklich kennen und beurteilen lernen und sich so die besseren Chancen erwerben, auch späterhin

diese Zustände eher zu erkennen, resp. auch die möglichen Entwicklungen, die ein Fall nehmen kann, besser zu übersehen.

Damit ist aber durchaus nicht alles erschöpft, was die psychiatrisch-neurologische Ausbildung uns geben kann. Die klinische Beobachtung der Geisteskranken kann uns eine so eindrucksvolle Bekanntschaft mit der tatsächlichen Verwendung von Symbolen, Projektions- und Verschiebungsmechanismen vermitteln wie kaum etwas anderes. Weiter scheint es mir ein Vorteil zu sein, daß man auch die anderen psychotherapeutischen Verfahren kennen lernen kann, nicht nur, um sie gelegentlich mit dem „reinen Gold der Analyse" vermischen zu können, sondern um überhaupt die sonstigen therapeutischen Möglichkeiten, die für einen bestimmten Fall bestehen, beurteilen zu können.

Die Vorteile, die die übrigen medizinischen Kenntnisse dem Analytiker bieten, scheinen mir vorwiegend diagnostischer Natur zu sein. Ich möchte hier nicht auf die Einzelheiten eingehen, sondern sie in aller Kürze so formulieren: es scheint mir nicht darauf anzukommen, daß der Analytiker selbst eine sichere Diagnose stellen kann, aber der ärztliche Analytiker wird eher und begründeter als der nichtärztliche Kollege einen Verdacht auf eine organische Erkrankung fassen können, und er wird zweitens eher imstande sein, die etwa erforderlichen spezialärztlichen Untersuchungsbefunde zu beurteilen und zu verwerten, weil er sich bei ihnen etwas denken kann. Ich persönlich möchte jedenfalls diese Möglichkeit gerade bei Analysen des weiblichen Kastrationskomplexes nicht missen; stößt man doch bei diesen Patientinnen immer wieder auf die Überzeugung, in dieser oder jener Form organisch krank zu sein.

Sollte die Entwicklung der Psychoanalyse dahin gehen, auch die organischen Krankheiten mehr und mehr einzubeziehen in ihren Wirkungsbereich, so wäre damit ein weiterer Grund gegeben, den Nachdruck auf die medizinische Vorbildung zu legen.

Zusammenfassend will es mir also scheinen, als böte die medizinische Vorbildung dem Analytiker mehr als andere Bildungswege, und daß, wenn man die Frage nicht so stellt, ob man nicht auch ohne ärztliches Wissen analysieren könne, sondern in dem Sinn, welche der gegebenen Vorbildungsmöglichkeiten die wünschenswerteste sei, wir der ärztlichen Vorbildung den Vorrang geben müssen.

V[1]

C. P. Oberndorf (New York):

Die Anhänger Prof. Freuds sehen jeder neuen Schrift von ihm voller Erwartung entgegen und erhoffen von ihr neue Anregungen und neue Ideen. In dieser Erwartung sind selbst seine erfahrensten Jünger von dem bemerkenswert klar und interessant geschriebenen kleinen Buch „Die Frage der Laienanalyse" nicht enttäuscht worden. Das Buch ist zwar für den gebildeten Laien bestimmt, bringt aber auch für die fortgeschritteneren Schüler der Psycho-

1) Vortrag, gehalten vor der New York Psycho-Analytical Society am 30. November 1926.

analyse Aufklärung über viele Fragen der ewig im Flusse befindlichen Theorie. Ich habe trotzdem den Eindruck, daß „Die Frage der Laienanalyse" zu einem Zeitpunkt erschienen ist, in dem über die Stellung und Anwendung der Psychoanalyse als sozialer Faktor und therapeutisches Verfahren noch längst nicht das letzte Wort gesprochen ist; Prof. Freuds Vorschußlorbeeren für die nichtärztliche Analyse lassen sich etwa mit der vorzeitigen Inzision einer bösen subkutanen Entzündung vergleichen, die noch nicht reif ist und vielleicht nach einer gewissen Reizperiode ohne chirurgischen Eingriff vorübergegangen wäre.

Nachdem die Frage aber einmal aufgeworfen ist, müssen wir die Begründung und Berechtigung von Prof. Freuds Standpunkt sehr sorgfältig prüfen, nämlich: „Die Vorbereitung für die psychoanalytische Tätigkeit ist gar nicht so leicht und einfach, die Arbeit ist schwer, die Verantwortlichkeit groß. Aber wer eine solche Unterweisung durchgemacht hat, selbst analysiert worden ist, von der Psychologie des Unbewußten erfaßt hat, was sich heute eben lehren läßt . . . usw., der ist kein Laie mehr auf dem Gebiet der Psychoanalyse" (S. 84). Das heißt also, daß die Psychoanalyse ein Spezialberuf für sich und ihr Gebiet ziemlich genau bekannt ist.

Die wichtigsten Fragen, um die es sich hier handelt, scheinen mir die folgenden: *1)* Kann eine Person ohne medizinische Vorbildung ein tüchtiger Analytiker werden? *2)* Falls die Antwort darauf bejahend ausfällt: Liegt es im Interesse des Publikums, wenn man einer solchen Person, ohne daß sie den für die Ausübung der ärztlichen Praxis in dem betreffenden Lande geforderten Bedingungen entsprochen hat, die psychoanalytische Behandlung gestattet? Die erste Frage ist eine ganz allgemeine, die Beantwortung der zweiten wird natürlich von den jeweiligen lokalen Verhältnissen abhängen, die gegenwärtig wohl kaum in zwei Ländern ganz gleich sind.

Ehe wir näher auf sie eingehen, wollen wir jedoch die Gründe untersuchen, die Prof. Freud offenbar zu seiner Stellungnahme bewogen haben. Man muß zugeben, daß die Anerkennung der Psychoanalyse sehr lange auf sich warten ließ und daß sich der gesamte Ärztestand nur widerstrebend mit ihr abgab, aber es ist kein Zufall, daß nach Freuds eigenen Worten „vier Fünftel der Personen, die er als seine Schüler anerkennt, ohnedies Ärzte sind", und daß die Einführung und Verbreitung der psychoanalytischen Wissenschaft in Amerika fast ausschließlich den Bemühungen von Ärzten zu danken ist. Prof. Freud ist überdies falsch unterrichtet, wenn er sagt, daß in Amerika „jeder, der will, als Kurpfuscher beliebige Kranke behandeln kann, wenn er nur die Verantwortlichkeit für sein Tun übernimmt". Amerika ist ein großes Territorium und jeder Staat darf eigene Gesetze für die Behandlung von Kranken erlassen. Diese Gesetze werden ständig verbessert, um sie den immer wechselnden Verhältnissen und neuen medizinischen Erkenntnissen anzupassen, ihr Sinn verbietet aber in den meisten Staaten, speziell im Staate New York, Personen ohne ärztliche Vorbildung die berufsmäßige Behandlung von Kranken. Gegen die Ausdehnung der für die Ausübung der ärztlichen Praxis in Amerika geltenden Gesetze wird von gewissen Gruppen immer wieder Sturm gelaufen, Gruppen, die sich vor den strengen Staatsprüfungen und den hohen Anforderungen der besseren Medizinschulen zu drücken suchen, indem sie Spezialgebiete aus-

findig machen, auf denen sie bestimmte Behandlungsmethoden frei vornehmen dürfen, wie Osteopathie, Chiropraxis, Naturheilkunde, Podiatrie, Chiropodie usw. Mir scheint sehr wenig Unterschied zwischen der Behauptung, daß Osteopathie ein Spezialfach sei, und eine Person, die es beherrscht, auf dem Gebiete der Osteopathie kein Laie mehr sei, und Freuds Standpunkt bezüglich des Analytikers; aber die Erfahrungen haben in Amerika wiederholt bewiesen, daß diese Kulte nur als Einfallstor für Ungelernte und Unqualifizierte in Gebiete gedient haben, auf denen sie ebenso unbefähigt wie schädlich sind. Die Gesetze des Staates New York sind ganz besonders frei in der Hinsicht, daß sie dem Arzt keinerlei Beschränkung in den Behandlungsmethoden — körperlichen oder psychischen — auferlegen. Der Staat verlangt nur, daß der Arzt alle Krankheitsbilder kennt und eine abgeschlossene Vorbildung besitzt.

Prof. Freud benutzt fortwährend Ausdrücke wie „Krankheitssymptome der Neurotiker", „der Patient" usw., und dann sagt er wiederum, daß „das Material, aus dem der seelische Apparat gebaut ist, kein psychologisches Interesse besitzt" (S. 24) und „wir den stofflichen Gesichtspunkt überhaupt bei Seite lassen wollen". Das wäre alles schön und gut, wären nicht gerade die Symptome, die er als typisch für die zur analytischen Behandlung geeigneten Fälle anführt, nämlich „Stimmungsschwankungen, kleinmütige Verzagtheit, Schwierigkeit bei der Erledigung der täglichen Berufsarbeit, Kopfschmerzen usw." (S. 9—10), durch eine krankhafte Veränderung im „Stoff" des seelischen Apparats hervorgerufen, wie bei allgemeiner Parese, endogener und exogener Intoxikation, Gehirnarteriosklerose usw. In diesem Zusammenhang ist es überraschend, wie oft Prof. Freud zur Erläuterung und Erweiterung seiner Theorie in seinem jüngsten Buch „Hemmung, Symptom und Angst" auf die Physiologie der Funktion, auf Anatomie und Pathologie zurückgreift, also auf Kenntnisse, die ihm sehr geläufig sind und die er bei seinen Deutungen und Kritiken so scharfsinnig verwertet.

Prof. Freuds Vorwürfe gegen die Psychiatrie und die medizinischen Fakultäten wegen ihrer Vernachlässigung der psychischen Seite von Leben und Krankheit sind auch heute noch berechtigt, waren es aber in höherem Grade vor fünfzehn oder zwanzig Jahren, als der unermüdliche Fleiß, die Originalität, das Genie und der unbeugsame Mut Freuds durch die Revolutionierung der medizinischen Psychologie dem Arzt noch keinen Einblick in das Mysterium der Neurosen und noch keine Waffe zu ihrer Bekämpfung gegeben hatten. Der Arzt stand verwirrt, hilflos, aber durchaus nicht immer uninteressiert vor den psychischen Problemen, und der Wunsch, zu helfen, verleitete ihn in seiner Ratlosigkeit zu törichten Maßnahmen. Die ungeheure Masse von Tatsachen und Methoden, die Chemie, Physik, Biologie im letzten halben Jahrhundert zur Medizin beigetragen haben, überschwemmte ihr ganzes Gebiet so völlig, daß die Ärzte in einer heftigen Reaktion auf Wahrsagen und Mystik die seelische Seite ihres Materials vernachlässigten, — vielleicht gerade, weil sie sich früher aus Mangel an Kenntnissen und tieferer Einsicht so lange und so verhängnisvoll auf den emotionellen Wert der Sympathie und den vorübergehenden Erfolg von Täuschung oder gutem Zureden verlassen mußten.

Die medizinischen Schulen haben lange gezögert, die Psychoanalyse auf-

zunehmen, wohl länger als durch die Erfolge der Psychoanalyse gerechtfertigt war, aber sie hatten gelernt, vorsichtig zu sein, weil man ihnen wieder eine Menge neuer Methoden und Gegenstände aufgedrängt hat, die sich später als nutzlos herausstellten und fallen gelassen werden mußten. Immerhin haben sich mit der psychologischen Betrachtungsweise auch die Grundbegriffe der Psychoanalyse einen immer bedeutungsvolleren Platz im Medizinstudium erobert. Der Zeitaufwand, den man den einzelnen Spezialzweigen, ja sogar einzelnen Krankheitsbildern widmet, ist in dem elastischen Schema der ärztlichen Ausbildung verschieden hoch und in unseren besten medizinischen Schulen wird heute den älteren Studenten in dieser Hinsicht ein weiter Spielraum gelassen. Viele bekunden schon vor ihrer Promotion ein lebhaftes Interesse für Psychoanalyse. Die Psychiatrie, wie sie in den Schulen gelehrt wird, nimmt täglich mehr Notiz von der Psychoanalyse und macht sich die Entdeckungen Prof. Freuds immer mehr zu Nutzen — freilich ohne dem Entdecker immer die gebührende Anerkennung zu zollen; häufig ist sie sich des psychoanalytischen Ursprungs der Ideen, die sie lehrt, gar nicht bewußt.

Wir wollen uns von Anfang an darüber einigen, daß ein Arzt ohne vorherige gründliche psychoanalytische Ausbildung, wie man sie heute verlangt, niemals ein tüchtiger Analytiker werden kann — aber wie soll andererseits eine Person ohne medizinische Vorbildung ein guter Analytiker werden? Meiner Meinung nach ist das unmöglich, sie sei denn ganz ungewöhnlich vorgebildet, d. h. sie beherrsche die Physiologie, Anatomie und Pathologie des Menschen, was sie kaum anderes als durch das Studium der Medizin erreichen kann. Die enge Wechselbeziehung zwischen körperlichen und geistigen Vorgängen, das allgemeine Charakteristikum des Symptoms, das aus dem Konflikt zwischen Ich, Über-Ich und Triebregungen erwächst, sich in somatischen Störungen ausdrückt, macht die Kenntnis von Physiologie und Pathologie gleich unerläßlich. In meiner analytischen Erfahrung — die sich über fünfzehn Jahre erstreckt — kann ich mich keines einzigen Falles erinnern, bei dem ich bei der Bewertung der Symptome nicht auf meine ärztliche Vorbildung und meine Kenntnisse von den Funktionen des gesunden und kranken Körpers hätte zurückgreifen müssen. Manchmal findet man sich sogar bei scheinbar besonders günstig liegenden Störungen mitten in der Analyse plötzlich in eine Situation versetzt, die durch eine Reihe absonderlicher physiologischer Mißverständnisse des Patienten bedingt ist.

Abgesehen von der Deutung der Komplikationen, die sich aus der Analyse ergeben, und der schwierigen Entscheidung, ob eine Klage vorwiegend organisch oder überwiegend psychisch bedingt ist, läßt sich die Differentialdiagnose zwischen Neurose und Psychose oft erst nach einigen Sitzungen stellen. Wir wissen aber, daß die Psychoanalyse in gewissen Phasen des manisch-depressiven Irreseins und der Schizophrenie nicht bloß nutzlos, sondern sogar ein Betrug ist. Das Studium der Psychosen hängt so offensichtlich mit medizinischen Problemen zusammen, — Infektion, Erschöpfung, Intoxikation, — daß Prof. Freud sie gar nicht in das Gebiet der Psychoanalyse einbeziehen will, aber er vergißt zu erklären, wie ein Analytiker, der nicht Arzt ist, etwas erkennen soll, was er nicht weiß und nicht wissen kann. Ich bin ferner der Ansicht, daß Psychoneurotiker wirklich „Kranke" sind und nicht

bloß psychologische Seltsamkeiten, für deren Behandlung man die allgemeinen Reaktionen bei Krankheiten nicht zu kennen braucht. In den Hochschulen für Psychoanalyse, die Prof. Freud erträumt, soll nach seinem Vorschlag der Unterricht umfassen „neben der Tiefenpsychologie, die immer das Hauptstück bleiben würde, eine Einführung in die Biologie, in möglichst großem Umfang die Kunde vom Sexualleben, eine Bekanntheit mit den Krankheitsbildern der Psychiatrie“ (S. 116). Sofern der Unterricht in diesen Fächern nicht oberflächlich bleibt, erstreckt er sich also ziemlich vollständig über das gesamte Gebiet des Medizinstudiums.

Wir wollen jetzt vom Gesichtspunkt des Allgemeinwohls und des heutigen Standes der psychoanalytischen Wissenschaft überlegen, ob es durchführbar ist, Nichtärzte zu Analytikern, d. h. zu echten Analytikern heranzubilden. Alle Länder haben im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Gesundheit, mag es sich um Pädagogen oder Rohrleger, um Kardinäle oder Chauffeure handeln, Gesetze erlassen, welche durch irgend eine Form der Konzessionierung die Unwissenden und Leichtgläubigen vor Personen schützen sollen, die ohne ausreichende Vorbildung gewissenlos oder unwissend genug sind, sich diese Tätigkeiten anzumaßen. Die Psychoanalyse ist eine Methode, die ihre berufsmäßige Ausübung dem Kurpfuscher besonders leicht macht, weil sie die Anwesenheit eines kritischen Dritten nicht gestattet und weil sie keine Einmischung in die körperlichen Leiden des Patienten zuläßt, aus der nachweisliche Schädigungen entstehen und Schadenersatzansprüche hergeleitet werden könnten.

Prof. Freud sagt: „Auch sind ja die Laienanalytiker, die heute Analyse ausüben, keine beliebigen hergelaufenen Individuen, sondern Personen von akademischer Bildung, Doktoren der Philosophie, Pädagogen und einzelne Frauen von großer Lebenserfahrung und überragender Persönlichkeit.“ Die Personen, die Prof. Freud kennt, sind zweifellos eine Anzahl ernster Gelehrter, die schon ihre Lauterkeit veranlaßt, sich auf die bestmögliche ihnen offenstehende Art auszubilden. Aber die Zahl derer, die Prof. Freud nicht kennt, und die an dem Meister und seiner Theorie weiter kein Interesse haben, geht in die Hunderte; diese wollen lediglich die Kranken ausbeuten und ihr eigenes Ansehen steigern, indem sie sich als Vertreter einer wertvollen Methode und einer schwierigen Wissenschaft aufspielen. Die Psychoanalyse ist für das Durchschnittsindividuum ein so überaus schwer verständlicher Gegenstand, daß es über ihre Ziele und ihren Wert leicht getäuscht werden kann und in seinem Dilemma den geschulten Psychoanalytiker, den gelernten Psychiater, und den Arztanalytiker mit dem jüngsten Novizen, der sich angesichts der Notwendigkeit, die Last einer sozialen Funktion auf sich zu nehmen, den Titel eines Analytikers anmaßt, in einen Topf wirft, oder auch mit dem Betrüger, der durch Kurpfuschen die Möglichkeit von Geldgewinn erkennt — wie die Schule der brieflich behandelnden Psychoanalytiker in Amerika. Prof. Freud erwähnt die erfolgreich arbeitenden psychoanalytischen Lehrinstitute in Berlin, Wien und London, ich bezweifle aber stark, daß er je von dem „American College of Psycho-analysis“ gehört hat, das am 21. November 1923 im Staate Illinois eingetragen wurde und seinen Sitz in Chicago hat, oder von dem „Institute of Psycho-analysis“ in New York City: diese beiden würden wohl kaum seine Billigung finden.

Man kann wohl mit Sicherheit annehmen, daß nach dem Vorgang der Chiropodisten und Chiropraktiker auch diese Klasse von Psychoanalytikern sehr bald den Anspruch auf den Titel „Doktor der Psychoanalyse" erheben wird, diese schlecht vorgebildete, unwissende, verantwortungslose Gruppe von Personen, die mit einem Begriffe jonglieren dürfen, der einer der größten Gedankentaten des gegenwärtigen Jahrhunderts ist. Die amerikanischen psychoanalytischen Ärzte haben keineswegs die Absicht, die wertvollen Erkenntnisse und unschätzbaren Aufklärungen, welche die Psychoanalyse anderen Geistesgebieten erschlossen hat, denen, die sich dafür besonders interessieren, vorzuenthalten; aber es scheint mir sowohl im Interesse der Analyse wie in dem des Publikums geboten, daß die analytische Behandlung auf Ärzte beschränkt bleibt, die mit allen Krankheitsbildern bekannt sind; die Handvoll nicht ärztlich vorgebildeter Analytiker, die eine Zulassung verdienten, müssen es sich, wie so oft in ähnlichen Fällen, gefallen lassen, daß man auch ihnen im Interesse der überwältigenden Mehrheit das Recht auf Praxis entzieht.

Prof. Freud glaubt nicht, daß die Psychoanalyse von einer Einverleibung in die Medizin etwas zu erwarten hat — er fürchtet für ihr Schicksal, wenn sie bloß zu einem Appendix der Medizin, zu einer ärztlichen Spezialität würde, statt ein selbständiges Fach zu bleiben. Das kommt mir so vor, als ob der Wagen vor den Pferden herliefe, denn die Psychoanalyse ist im allgemeinen mit der Medizin viel enger verbunden als verschiedene andere Spezialfächer, die in den letzten Jahren durch Physik und Chemie zu der Medizin hinzugekommen sind — etwa die Röntgendiagnostik und die Strahlentherapie, die eine technische Ausbildung und ein erst nach der Promotion einsetzendes Studium erfordern, sich also in dieser Hinsicht sehr gut mit der Psychoanalyse vergleichen lassen.

Prof. Freud meint, daß die Länge des Medizinstudiums und das wenig lohnende materielle Ergebnis der analytischen Praxis die Ärzte davor abschrecken wird, sich für Psychoanalyse zu spezialisieren, während doch ein so dringendes Bedürfnis nach Analytikern besteht, daß man möglichst viele produzieren muß, ohne ihnen die Bürde dieser langen Vorbereitung aufzuerlegen. In Wirklichkeit ist aber die Zahl der Neurotiker, die bereit sind, die Last und die Opfer einer gründlichen Psychoanalyse auf sich zu nehmen, gar nicht so überaus groß. Die Zahl derer, die eine Weile mit der Psychoanalyse spielen möchten, entweder als Analytiker oder als Analysanden oder als beides, war immer Legion. Es ist viel leichter, Analytiker zu produzieren, als die Behandlung einer Neurose bis zu einem erfolgreichen Ende zu führen; trotzdem ist, wenigstens in Amerika, eine ständig wachsende Zahl der ausgezeichnetsten jungen Ärzte bereit, eine angemessene psychoanalytische Unterweisung durchzumachen, ganz in Übereinstimmung mit den Idealen Prof. Freuds und seiner besten Mitarbeiter.

Die nicht medizinischen Wissenschaften — Geschichte, Philosophie, Mythologie, Anthropologie — haben zur Psychoanalyse wenig Positives beigetragen, sie haben sie nur bestätigt und erweitert. Ich glaube, daß wir die letzte Aufklärung des Mysteriums der Neurosen und Psychosen nur von der Medizin und den ihr nah verwandten Wissenschaften zu erwarten haben: den Grund, warum das eine Individuum eine Neurose entwickelt und das andere nicht,

die Wechselbeziehung zwischen Organ und Funktion, zwischen Symptom und Pathologie — die Stereochemie der Psyche, um einen Ausdruck Ferenczis zu gebrauchen, die wenigstens annähernde Lokalisation und Struktur der Region, die wir das Unbewußte oder das Ich nennen, zu finden, und vielleicht gar mit Hilfe der biologischen oder physikalischen Chemie das Wesen jener unfaßbaren Kraft aufzufinden, die wir heute Libido nennen.

VI

Paul Schilder (Wien):

Es scheint mir fraglos, daß die Behandlung Kranker eine Sache des Arztes ist. Krank ist derjenige, der leidet oder (bei Geisteskranken) mit seiner früheren Persönlichkeit seinen Zustand als Leiden empfinden würde. Wer geheilt werden will, gehört zum Arzte. Wer erzogen werden will oder erzogen werden soll, gehört zum Erzieher. Wer getröstet werden will, zum Seelsorger. Der Erwachsene pflegt seine Entscheidung, zu welcher Gruppe er gehört, selbst zu treffen. Beim Kinde ist das Feld des Pädagogen ein weiteres. Bei kindlichen Neurosen kann der Erziehungsstandpunkt in den Vordergrund gerückt werden. Die Laienanalyse zu Erziehungszwecken, zu Lehrzwecken, hat volle sachliche Berechtigung, ja, kann sogar als Notwendigkeit angesehen werden, so weit pädagogische Probleme in Frage kommen. Die Laienanalyse Kranker — auch Neurotiker sind Kranke — soll Ausnahme bleiben und geschieht unter Verantwortlichkeit des zuweisenden Arztes. Der Laie erscheint hier lediglich als Hilfskraft des Arztes.

VII

Felix Deutsch (Wien):

Die Stellungnahme zur Psychoanalyse als Therapie — und nur das steht zur Beantwortung — hängt von mehreren Gesichtspunkten ab. Erstens vom Objekt der Behandlung, zweitens von der fachwissenschaftlichen Berufszugehörigkeit des Analytikers. Über die Stellung des nichtanalytischen Arztes zu dieser Frage ist nur zu sagen, daß sein Urteil häufig von wirtschaftlichen Interessen her gebildet werden dürfte, was zweifellos ein richtiger Standpunkt ist, — bei dieser Auseinandersetzung aber ruhig übergangen werden kann.

Das Wort „Laienanalyse" besteht überhaupt nur zu Recht als Gegensatz zur „ärztlichen" Analyse. Unter „Laie" ist in diesem Zusammenhang also der Nichtarzt zu verstehen. Die Frage lautet dann: Kann der Nichtarzt Psychoanalyse zu Heilzwecken treiben? Im Grunde genommen ist das eine *contradictio in adjecto*, denn „heilen" ist das Amt des Arztes. Wenn also die Psychoanalyse als Heilmethode benützt wird, dann dürfte sie nur eine ärztliche Angelegenheit sein. Es kann hier nicht darauf eingegangen werden, ob es berechtigt oder zweckmäßig ist, das „Heilen" nur den Ärzten zu überlassen. Man steht hier vor einer gegebenen Tatsache. Damit ist nicht gesagt, daß es nicht Menschen gibt und geben wird, die ohne den ganzen Ballast soge-

nannter ärztlicher Ausbildung imstande sind, besser und rascher zu heilen als mancher Arzt. Nun heißt „heilen" nicht nur Anwendung von Heilmitteln, sondern auch Vermeidung von Schädlichkeiten; heilen ist also die Beseitigung jeder Art von Kranksein auf jede mögliche Weise. Man könnte nun der Meinung sein, daß seelische Krankheiten keine Krankheiten *sensu strictiori* sind, daß also ihre Behandlung nicht oder nicht nur in die Domäne des Arztes gehört. Geht doch die Mehrzahl der Menschen mit seelischen Störungen nicht zum Arzt, sondern zum Geistlichen, zu einem guten Freund usw. und wird „gesund" gemacht. Da nun die Psychoanalyse nur eine in ein System gebrachte Psychotherapie, der Trost, die Überredung, das Zureden aber schließlich auch Psychotherapie ist, wenn auch eine unsystematische, die doch anzuwenden niemandem verwehrt ist, so müßte ihre Anwendung jedem dazu Geeigneten gestattet sein. — Aber Hypnose ist auch Psychotherapie und noch dazu eine dem Laien direkt verbotene. Ist sie gefährlicher als die Psychoanalyse in der Hand eines Unkundigen? Das kann nur bis zu einem gewissen Grade wahr sein; denn auch die Psychoanalyse kann psychischen Schaden bringen, z. B. bei vorzeitigem, unzeitgemäßem Abbruch derselben. Die Hypnose als Behandlung ist aber auch dem Laien verboten, der sie beherrscht. Die PsA. steht nun der Hypnose doch jedenfalls näher als der „Trost". Bis hierher scheint die Frage leicht und eindeutig beantwortet zu sein. Denkt man in dieser Richtung konsequent weiter, so taucht die Vorfrage auf: Ist die PsA. als Behandlungsmethode in die Psychotherapie einzureihen oder steht sie außerhalb derselben? Von der PsA. als „Forschungsmethode" sollte hier nicht die Rede sein. Oder höchstens in dem Sinne, falls ein Individuum zu analytischen Forschungszwecken zum Objekt genommen wird. Also aus experimentell-psychologischen und nicht aus therapeutischen Gründen. Es kann nun niemandem einfallen, den Psychologen als Wissenschaftler zu verbieten, ihre wissenschaftlichen Untersuchungen am Menschen anzustellen; sie würden mit Recht es sich nicht gefallen lassen. Auch die Wahl der Methode kann man ihnen nicht vorschreiben. Nicht einmal, daß sie ihre Experimente nur am Gesunden vornehmen dürfen und nicht am psychisch Kranken, schon deshalb nicht, weil die Grenze zwischen gesund und krank nicht oder nur schwer zu ziehen sein wird. Man sieht, wie die Vorfrage in eine Falle führt, denn die PsA. ist doch gleichzeitig im Momente ihrer Anwendung — Forschungs- und Behandlungsmethode. Jede didaktische Analyse ist doch gleichzeitig eine therapeutische. Wir sind damit zu folgender Feststellung gelangt: Die psychoanalytische Forschungsmethode gehört in die Psychologie. Wohin gehört die psychoanalytische Behandlungsmethode? Wenn sie zum Vorsatz hat zu heilen, — abgesehen davon, ob sie es imstande ist, — doch gewiß zur Psychotherapie. Wenn aber Forschung und Behandlung in der PsA. identisch ist, muß man zu dem Schluß gelangen, daß die PsA. — *nolens volens* — von jedem, der sie anwendet, als Therapie getrieben wird, auch wenn er nicht diesen Vorsatz hat. Man gelangt zu einem Streit um Worte: „Du darfst PsA. nur zu Forschungszwecken verwenden", droht man dem Psychologen und gräbt sich damit selbst eine Grube.

Vielleicht ist doch irgendwo eine Gedankenlücke? Der Psychologe sagt der Versuchsperson: „ich mache mit Ihnen eine psychologische Untersuchung, zu der sie Ihre Erlaubnis geben. Während der Untersuchung

haben Sie sich allein meinen Anordnungen zu fügen. Sind sie damit einverstanden?" Das Individuum ist einverstanden. Ein einwandfreier Vorgang. Die Versuchsperson könnte noch fragen: „Kann mir bei dem Experiment etwas passieren?" Der Psychologe klärt sie richtig auf und fügt hinzu: „In jeder PsA. kommt irgendwie das Organische zu Wort. Darum kann ich mich nicht kümmern. Wenn ich es für notwendig halten werde, können Sie zu dem von mir bestimmten Arzt gehen." Alles einwandfrei. Die Versuchsperson könnte aber noch eine Frage an den Psychologen stellen, nämlich: „Was zahlen Sie mir dafür?" Der Psychologe zahlt. Dagegen kann nichts gesagt werden. Wenn es aber nun umgekehrt wäre; der Psychologe verlangt von der Versuchsperson Bezahlung, verwandelt sich dann auch die Forschung in Behandlung? Der Psychologe könnte ja aufrichtigerweise sagen: „Bei der Untersuchung werden Sie auf jeden Fall auch psychisch gesünder." Darf er dafür Geld nehmen? Nein, d. h. für Geld gesund machen darf nur der Arzt. Das steht im Gesetz. Damit wäre entschieden: Gegen Bezahlung darf nur der Arzt PsA. treiben.

Eine Ausnahme bildet aber gleich die didaktische Analyse. Denn der Analysand zahlt für den Unterricht. Die didaktische Analyse ist aber wie gesagt auch eine therapeutische. Umgekehrt ist es aber fast auch richtig. Hier zeigt sich das Janusgesicht der PsA. Aber selbst vom Objekt aus gesehen wird jede Entscheidung zur Täuschung. Heilen darf nur der Arzt. Aber wie, wenn der Kranke sagen würde: „Ich bin nicht krank, ich weiß nur zu wenig von der Analyse. Ich will vom Psychologen die Analyse lernen." Er lernt und wird gesund.

Wie ist es mit der psychoanalytischen Pädagogik? Sie will erziehen, nicht heilen. Auch hier also kein Angriffspunkt. Denn sobald sie psychoanalytisch erzieht, heilt sie.

Sollte nicht mehr aus dieser Frage hervorgehen? In der Analyse meldet sich stets das Organische zu Wort, wurde früher erwähnt. Es kann auch schon vorher sich krankhaft äußern, es kann das führende psychische Symptom sein. Macht es nun einen Unterschied aus, ob in diesen Fällen ein ärztlicher oder ein nichtärztlicher Psychoanalytiker die Analyse durchführt? Es heißt, der Analytiker hat sich nicht um die organischen Symptome in organischem Sinne zu kümmern. Was so ausgedrückt wird: Der Analytiker kann den Patienten in der Analyse nicht organisch untersuchen, also auch nicht feststellen, was den subjektiven, organischen Empfindungen objektiv entspricht. Das ist nun nur bis zu einem gewissen Grade richtig. Ein Arzt kann zweifellos allein aus den Angaben des Patienten sich eine Vorstellung machen, was organisch vorgeht. Ist das in analytisch therapeutischem Sinne ein Vorteil, kann durch dieses Wissen der Fortgang der Analyse sehr gefördert werden? Bei dem derzeitigen Stand der Analyse und bei dem derzeitigen Stand unserer Kenntnisse von der organischen Genese von Neurosen kann die Frage nicht bejaht werden. Vielleicht jedoch in der Zukunft. Die PsA. als Forschungsmethode könnte sich wohl die Beobachtung des Organischen während der Analyse zur Aufgabe machen. Das wäre aber nur ein Unterschied in der Forschungsrichtung, also etwas, was mit der Analyse als Behandlungsmethode nichts zu tun hat. Wohl wird jeder Arzt sagen: Behandeln kann man nur den ganzen Menschen, niemals nur seine Psyche.

Und wird mit dieser Argumentierung sich auch meritorisch im Recht fühlen, wenn er sich als Gegner der Laienanalyse deklariert. Aber so lange die PsA. sich als selbständiger Wissenszweig bezeichnen darf, insolange wird dieser Standpunkt immer — wenigstens in dieser Beziehung — anfechtbar sein.

Alles klebt am Worte und der Sinn wird zum Unsinn. Das Heilgeschäft ist eine ärztliche Sache. Das wäre der Weisheit letzter Schluß.

VIII

Franz Alexander (Berlin):

Das Problem „Laienanalyse" entsteht, kann nur entstehen, weil die Stellung der Psychoanalyse zur Medizin ungeklärt ist. Abseits von der übrigen Medizin, mit neuen Methoden und Voraussetzungen schuf Freud eine neue Therapie, die sich auf eine Psychologie gründet, die nichts Gemeinsames mit den bisherigen Bestrebungen der Schulmedizin hat, pathologische Seelenzustände von der Seite der Gehirnanatomie und Pathologie zu erfassen. Allein, wie der Schöpfer selbst am Anfang seiner Tätigkeit, steht heute noch die von ihm begründete Lehre, die sich allmählich zu einer selbständigen Wissenschaft der seelischen Vorgänge entwickelt hat. So wurde es möglich, daß der Laie, das heißt der „Nichtarzt", durch das Studium der Lehren von Freud imstande ist, den Psychoneurotiker zu verstehen und zu heilen, während der Arzt ohne psychoanalytische Kenntnisse diesen Kranken verständnislos und machtlos gegenübersteht. Aber noch mehr als das, es ergibt sich als selbstverständlich, daß beim Erlernen der Psychoanalyse, die die Wissenschaft der geistigen Persönlichkeit ist, eine Reihe von geisteswissenschaftlichen Wissensgebieten förderlicher ist als die medizinische Vorbildung, die bis jetzt die psychologische Seite des Menschen sehr vernachlässigt hat. Der heutige Arzt, wenn er selbst nicht psychologisch begabt ist, erwirbt durch seine Studien auf der medizinischen Fakultät nichts dazu. Vielleicht bringt ihm sogar die einseitige Betrachtung der Körpervorgänge und die ganze wissenschaftliche Mentalität der Schulmedizin noch weiter vom psychologischen Verständnis und Interesse ab. So erscheint die Frage berechtigt, warum die Behandlung von Psychoneurosen an die medizinische Vorbildung geknüpft werden soll, die zum Erlernen solcher Behandlungen fast nichts beiträgt. Und in der Tat zeigt auch die Erfahrung, daß eine Anzahl von psychoanalytisch geschulten Laienanalytikern, darunter die besten Kräfte der psychoanalytischen Wissenschaft, keinesfalls weniger leistet, als ihre ärztlich vorgebildeten Kollegen.

Wenn die Tatsachen so einfach liegen, ist es wirklich nicht ohne weiteres einzusehen, wieso die Frage der Laienanalyse die Gemüter so erregt, wieso die Entscheidung, ob psychoanalytisch ausgebildete Laien seelische Kranke behandeln sollen oder nicht, noch zweifelhaft sein kann. Die Schwierigkeit, die Frage eindeutig zu beantworten, scheint mir durch zwei Umstände erklärbar zu sein. Erstens, die rein sachlich aufgeworfene Frage ist nicht nur außerhalb, sondern innerhalb der psychoanalytischen Welt mit Affekten besetzt, auf deren Herkunft Freud schon kurz hingewiesen hat, und

zweitens, ist die Beziehung der Psychoanalyse zur Medizin durch die geschichtliche Tatsache, daß die Medizin bei der Entwicklung der Psychoanalyse und folglich auch in der analytischen Therapie heute noch eine untergeordnete Rolle spielt, nicht erschöpft. Es ist ratsam, bevor man sich an die schwierige Frage des Verhältnisses Psychoanalyse—Medizin heranwagt, die störenden affektiven Beimischungen aufzuklären, um die Frage frei von diesen behandeln zu können.

Wie Freud bemerkt, wenn viele ärztliche Psychoanalytiker für die ärztliche Vorbildung plädieren, so tun sie das unter dem Eindruck, daß die Psychoanalyse von dem Mediziner als nicht vollwertiges Fach, weil hauptsächlich auf geisteswissenschaftlicher Basis stehend, angesehen wird. Die Reaktion vieler ärztlicher Psychoanalytiker auf diese Mißachtung seitens der offiziellen Medizin ist, daß er auf sein Ärztetum überbetont hinweist, als ob er sagen möchte: „Ich bin kein unwissenschaftlicher Heilkünstler, ich bin ebenso Arzt, wie ihr seid." Diese Reaktion ist sicherlich nicht allzu selbstbewußt und es ist verständlich, wenn sie den Schöpfer der Psychoanalyse verstimmt. Wenn die Behandlung der Psychoneurosen aus den Händen der Neurologen und Psychiater auszurutschen droht, so ist das nur die Folge der geschichtlichen Entwicklung in der Medizin, die in der letzten Zeit unter dem Eindruck der gewaltigen Erfolge der physikalischen Chemie das *kat exochen* Biologische, nämlich das Psychologische, vernachlässigte. Die Psychoanalyse kann der Medizin die größten Dienste dadurch erweisen, wenn sie in selbstbewußter Betonung ihrer eigenen Leistung die medizinische Wissenschaft zur Einsicht der Einseitigkeit ihrer letzten Entwicklung zwingt und damit eine neue Epoche in der Geschichte der Medizin vorbereitet, die die menschliche Persönlichkeit und den Körper als eine Einheit betrachten wird.

Die Tatsache des Laienanalytikers ist der beste Beweis, daß der heutige Arzt durch sein Studium nicht genügend ausgerüstet ist, um dem kranken Menschen zu helfen. Er ist, wie Freud es betont, gewissen Krankheitserscheinungen gegenüber selbst Laie, wo der Laienanalytiker Spezialist ist. Die Betonung dieses — eingestandenen — Mißstandes, ist eines der besten Mittel, auf die Entwicklung der gesamten Medizin einen fördernden Einfluß auszuüben. Es scheint nicht unsere dringendste Aufgabe zu sein, zu fordern, daß der Psychoanalytiker, der sich auf die Behandlung seelischer Störungen und Charakteranomalien beschränkt hat, ärztlich vorgebildet sein soll, — weil dies offenbar sachlich zu dieser Aufgabe nicht unbedingt nötig ist, — viel dringlicher ist es vielmehr, den Mediziner zur Einsicht zu bringen, daß, wenn er dem kranken Menschen helfen will, er auch psychologisch gebildet sein muß. Aber nicht nur die Psychoneurosen, also die seelisch bedingten seelischen Störungen, verlangen diese Erweiterung der medizinischen Kenntnisse und des Unterrichts, sondern die gesamte Pathologie. Hier scheint das Stiefkind der Medizin, die Hysterie, ihren fördernden Einfluß noch nicht ausgespielt zu haben. Sie gab Freud Anlaß dazu, das Unbewußte zu entdecken, und sie wird den Mediziner noch zwingen, die häufige seelische Bedingtheit und die vielleicht ständige seelische Mitbedingtheit organischer Störungen anzuerkennen. Dem Psychoanalytiker ist es heute bereits klar, daß die Grenze, wo die funktionell bedingte Störung aufhört und die organische beginnt, eine schwankende ist. Er beobachtet immer wieder, daß chronische pathologische

Seelenzustände allmählich zu echten organischen Veränderungen führen können. Er weiß, was der Arzt am Beginn des vorigen Jahrhunderts bereits gewußt, aber inzwischen fast wieder vergessen hatte, daß z. B. der Ausbruch einer Tuberkulose nicht allein von somatischen Faktoren — wie Infektion, Konstitution — abhängt, sondern auch von dem Seelenzustand des Menschen, in dem ihn die Infektion trifft. Aber diesen psychischen Faktor kann der heutige Arzt bei Vorhandensein einer Tiefenpsychologie nicht mehr als ein unbestimmtes Etwas, wie „Gemütszustand", einsetzen, er kann über den Inhalt dieses „Gemütszustandes" Einzelheiten besagen und kann ihn durch die psychoanalytische „Perkussions- und Auskultationstechnik" ebenso exakt untersuchen, wie die Organe des Kranken.

So erscheint uns, daß wir fast mit größerer sachlicher Begründung gegenüber der Forderung, daß der Psychoanalytiker unbedingt ärztlich vorgebildet sein soll, die Gegenforderung erheben könnten, daß der Arzt psychoanalytisch gebildet sein muß. Wenn wir uns auf den prinzipiellen Standpunkt stellen, so sind die beiden Forderungen wenigstens gleichberechtigt. Wenn heute der Laienanalytiker bei interkurrenten organischem Krankheiten oder bei der Diagnosenstellung den Arzt oft zu Rate ziehen muß, so gilt dasselbe, oder wenigstens müßte dasselbe für den Mediziner gelten, nämlich, daß er den Psychoanalytiker — gleichgültig ob einen Laienanalytiker oder nicht — in seinen Behandlungen vielleicht noch häufiger als umgekehrt befragt. (Der moderne, verständige Arzt tut es schon heute.) So treffen sich Arzt und Seelsorger heute wieder am Krankenbett. Es scheint, daß es dem Menschen nur für eine ganz kurze Zeit gelungen ist, den Seelsorger von dem Krankenbett zu entfernen, und er mußte dabei ein Fiasko erleben. Der Seelsorger kehrt heute als Psychoanalytiker zurück, mit empirischem Wissen ausgerüstet, und seine psychologische Auskultationstechnik bleibt hinter dem Physikalischen weder an Wissenschaftlichkeit noch an Leistungsfähigkeit zurück. Der einzige Weg, den Seelsorger neben dem Arzt wirklich entbehrlich zu machen, ist der, daß der Arzt selbst den Zugang zu der geistigen Persönlichkeit seines Kranken durch psychologische Kenntnisse erwirbt. Eine scharf getrennte und von einander unabhängige Betrachtungsweise von Körper und Psyche ist prinzipiell nicht mehr gerechtfertigt. So müssen wir also sowohl den Laienanalytiker wie den psychoanalytisch ungebildeten Arzt als vorübergehende Zeiterscheinungen ansehen, die als notwendige Folge der Einseitigkeit der heutigen medizinischen Therapie und des Wissens entstanden sind. Aber aus derselben Ursache entstand die Psychoanalyse selbst und in dieser Hinsicht gehören Psychoanalyse und Laienanalytiker eng zusammen. Wenn wir also die Zukunftsentwicklung in der Vereinheitlichung der gesamten Pathologie, sowohl der seelischen wie der körperlichen, erblicken, so bleibt noch immer die praktische Frage zu beantworten, welche Maßnahmen dazu geeignet sind, diese wünschenswerte und wissenschaftlich einzig mögliche Entwicklung zu fördern.

Es liegt nicht im Bereiche der Möglichkeit für die psychoanalytische Bewegung, auf den heutigen medizinischen Unterricht einen direkten Einfluß auszuüben. Der ideale Arzt, der gleichzeitig ebenso geistes- wie naturwissenschaftlich vorgebildet ist und die Struktur und Funktion der Persönlichkeit ebenso wie die Anatomie und Physiologie des Körpers kennt, gehört der

Zukunft an. Die psychoanalytische Bewegung kann aber zur Erreichung dieses Zukunftsbildes dadurch beitragen, daß sie die Ausbildung des Psychoanalytikers zielbewußt in ihre Hände nimmt. Sie steht auf dem Standpunkt, — und darin sind sich alle Psychoanalytiker, sowohl die Gegner als auch die Freunde der Laienanalyse, einig — daß die Beherrschung der Psychoanalyse ein besonderes Studium erfordert. Und auch darin, daß in diesem Studium heute noch, solange die wissenschaftliche Verbindung zwischen organischer Krankheit und seelischer Störung in ihren Wechselwirkungen fehlt und noch viel mehr eine prinzipielle Einsicht als detaillierte wissenschaftliche Kenntnis ist, die medizinische Vorbildung nur eine relativ untergeordnete Rolle spielen kann. So mündet die Frage der Laienanalyse in die Frage des psychoanalytischen Unterrichts. Ich betrachte diese Seite der von der Redaktion dieser Zeitschrift angeregten Debatte als die einzige, die positive Resultate zeitigen kann. Die psychoanalytische Bewegung kann die größte Wirkung auf die Entwicklung der Medizin dann ausüben, wenn sie dem medizinischen Studium eine ebenbürtige psychoanalytische Ausbildung an die Seite zu stellen vermag. Ob sie zur Vorbereitung dieses psychoanalytischen Studiums heute schon die medizinische Vorbildung verlangen soll oder nicht, ergibt sich ziemlich eindeutig aus dem bisher Gesagten. Absolut nötig zur Behandlung von Psychoneurosen ist erfahrungsmäßig die medizinische Bildung heute noch nicht. Wir wissen zwar, daß die interkurrenten Krankheiten meistens nicht akzidentell sind, — wir kennen ja die Rolle des Widerstandes bei der Entstehung solcher organischen Erkrankungen, — viel mehr wissen wir aber darüber nicht. Praktisch helfen dem Psychoanalytiker seine medizinischen Kenntnisse in solchen Fällen nicht. Die Nichtzulassung vom psychoanalytisch ausgebildeten Laien erscheint unter den von F r e u d vorgeschlagenen Kautelen unbegründet. Mit demselben Recht müßte dem psychoanalytisch ungebildeten Arzt die Behandlung organischer Erkrankungen untersagt werden, weil er in Fällen, in denen der psychische Zustand des Kranken für sein Kranksein von ausschlaggebender Bedeutung ist, — und solche Fälle sind nicht selten, — den Kranken auf die Notwendigkeit einer Psychotherapie nicht aufmerksam machen wird und so die Interessen des Patienten nicht in dem Maße wahrt, wie es heute schon möglich ist. Ferner ist die Überlegenheit der kulturwissenschaftlich und literarisch gebildeten Analytiker gegenüber den häufig nur medizinisch gebildeten „Arztanalytikern“ in Dingen des Geistes so offenkundig, daß kein Psychoanalytiker davon überzeugt zu werden braucht. Sowohl der psychologisch laienhafte Arzt wie der in der Medizin laienhafte Analytiker sind vorübergehende Zeiterscheinungen, von denen der letztere tatsächlich viel weniger Unheil anrichtet als der erstere, der, durch die hinter ihm stehende Autorität der Schulmedizin geschützt, seine therapeutische Aufgabe ohne Folgen seiner psychologischen Unwissenheit wegen mangelhaft ausüben darf.

Zusammenfassend müssen wir sagen, daß heute die Psychoanalyse die Medizin weniger braucht als die Medizin die Psychoanalyse. Den Laienanalytiker abzuschaffen, nur um die Anerkennung der Schulmedizin als vollwertiges Fach zu erwerben, ist nicht erstrebenswert. Die Medizin soll uns nicht wegen unseres Medizinertums anerkennen, — diesem verdanken wir wenig in der Heilung von Psychoneurosen, — sondern unserer psychoanalytisch-

therapeutischen Leistungen wegen. Mit dieser Einstellung werden wir am ehesten dazu beitragen, daß in der medizinischen Ausbildung der Zukunft die Kenntnis des Aufbaues und der Funktion des seelischen Apparates ein ebenso grundlegender unerläßlicher Bestandteil sein wird wie die Kenntnis der Anatomie und der Physiologie des Körpers. Die Psychoanalyse kann nie in der Medizin als ein Spezialfach, als eine der Psychotherapien, aufgehen, sie kann nur als Ganzes, als eine ebenbürtige Hälfte in sie aufgenommen werden. Die Kenntnis der Persönlichkeit und die Kenntnisse des Körpers werden als zwei ebenbürtige, sich ergänzende Teile nebeneinander bestehen.

Die Aufgabe der psychoanalytischen Bewegung ist, diese Zeit mit dem Aufbau eines planmäßig durchgedachten psychoanalytischen Lehrganges vorzubereiten. Nicht die medizinische Vorbildung zu verlangen, sondern den psychoanalytischen Unterricht im engeren Sinne auszubauen, ist unsere dringendste Aufgabe. Die Erfahrungen, die wir an dem Berliner Psychoanalytischen Institut gemacht haben, ermächtigen uns, einen solchen Unterricht nicht mehr als Utopie zu betrachten. Es ergab sich, daß die Psychoanalyse ganz ähnlich wie jede andere medizinische Disziplin dem Unterricht zugänglich ist. Nachdem die Bedingung der eigenen Analyse als notwendige Vorbereitung anerkannt wurde, die den angehenden Studenten von affektiven Widerständen befreien und ihn so zur Aufnahme der analytischen Kenntnisse fähig machen soll, sehen wir immer klarer, daß damit der Unterricht noch nicht beendigt ist, sondern erst beginnt. Die systematische Mitteilung von analytischen Kenntnissen während einer didaktischen Psychoanalyse ist, weil störend, nicht möglich. Erst nachher kann ein planmäßiges Studium erfolgen. Der Ausbau eines solchen planmäßig durchgedachten Unterrichtsganges ist auf Grund der bisherigen Erfahrungen möglich und wird mit der Entwicklung der Psychoanalyse immer leichter. Die Vorteile des lebendigen Kontaktes zwischen Lehrern und Lernenden gegenüber dem rein literarischen Studium erwiesen sich in der Psychoanalyse ebenso wie in allen anderen Wissensgebieten. Das Berliner Psychoanalytische Institut bedeutet den Anfang eines Weges, an dessen Ende ein Lehrinstitut steht, in dem der Student die Kenntnis des seelischen Apparates ebenso erwerben wird, wie er heute an der medizinischen Fakultät über den menschlichen Körper unterrichtet wird. Der weitere Ausbau des psychoanalytischen Unterrichtes einerseits, die Entwicklung der Kenntnisse über die seelische Bedingtheit von organischen Prozessen andererseits werden zu einem Zustand führen, in dem der Mediziner ohne psychologische Kenntnisse ebenso ein Unding sein wird wie der Laienanalytiker. Heute ist aber der Laienanalytiker da, und, weil unbelastet von der autoritativ gestützten, einseitig apsychologischen, ja antipsychologischen Einstellung der Schulmedizin, ist er häufig dem psychologischen Verständnis zugänglicher als der medizinisch Vorgebildete. Er ist da als Memento für den Mediziner, ihn immer ermahnend, daß er, um guter Therapeut zu sein, auch davon wissen muß, womit der Laienanalytiker Kranke heilen kann. Seine Abschaffung, nur um die Psychoanalyse für die Medizin salonfähiger zu machen, darf und soll nicht geschehen. Der Laienanalytiker wird mit dem unpsychologischen Arzt zusammen von selbst verschwinden, aber erst dann, wenn man ihn entbehren wird können, wenn sein Dasein durch den Stand unseres Wissens und nicht wegen Prestigegründen unberechtigt sein wird. Er wird verschwinden, nach-

dem eine einheitliche Wissenschaft entstanden ist, die den Menschen, seine geistige Persönlichkeit und seinen Körper, als eine Einheit wird verstehen und heilen können.[1]

IX

Theodor Reik (Wien):

In einer Frage, welche die persönlichen Interessen des Einzelnen stark tangiert, *sine ira et studio* zu entscheiden, schien mir immer höchster Bewunderung wert. Allein einem sanften Skeptizismus stärker zugeneigt als anderen Betrachtungsweisen, konnte ich leider meine Bewunderung nicht von Zweifeln frei halten, wie weit solche objektive Haltung mit der menschlichen Natur vereinbar sei. Jedenfalls wollen die folgenden Bemerkungen ihren subjektiven Charakter nicht verbergen. Auch sind sie von der Natur von Randnoten zur Frage der Laienanalyse; sie beschäftigen sich nicht so sehr mit dem zentralen Problem, das m. E. in Freuds Buch im wesentlichen klargestellt wurde, als mit Dingen, die damit innig zusammenhängen und mir der Erwägung wert erscheinen.

Dies vorausgeschickt, wollen wir von einer unzweideutigen Behauptung ausgehen. Die Frage der Laienanalyse beschäftigt sich mit zwei Begriffen: mit dem der Psychoanalyse und mit dem der Laien. Was ist Psychoanalyse? Wir verstehen unter Psychoanalyse eine bestimmte psychologische Methode und das auf ihr basierende Stück der wissenschaftlichen Psychologie. Dieses Moment, das psychologische, ist das wesentliche. Der Analytiker ist in erster Linie ein Psychologe, er mag sonst was auch immer sein, Arzt, Lehrer, Jurist, Seelsorger. Er mag seine Methoden anwenden, auf welchem Gebiete immer, seine Gesichtspunkte bleiben psychologische, seine Interessen psychologische — vor allem anderen. Ist es nicht so, so trägt er den Namen Psychoanalytiker zu Unrecht: *tertium non datur*. Man glaube nicht, daß diese Erwägung nebensächlich ist. Sie rührt an die Frage des zukünftigen Schicksals der Psychoanalyse: die Analyse wird ein wesentliches Stück der Psychologie sein oder sie wird nicht sein.

---

1) Diese Mitteilung ist ein Versuch, die Frage „Laienanalyse" prinzipiell zu klären und daraus praktische Konsequenzen zu ziehen. Diese praktischen Konsequenzen entsprechen der Stellung, die die Psychoanalyse heute im Kulturleben Mitteleuropas, besonders in Deutschland, einnimmt. Das Charakteristischeste für diese Situation ist, daß, während die PsA. die breite Öffentlichkeit, die Literatur und die verschiedenen Geisteswissenschaften in weitgehendem Maße beeinflußt hat und so zu einem wesentlichen Bestandteil des gesamten Kulturlebens geworden ist, ihre Wirkung und auch ihre Anerkennung in der Schulmedizin relativ gering ist. Die vorzeitige und sachlich unbegründete Abschaffung des Laienanalytikers wäre ein taktischer Fehlgriff, eine *captatio benevolentiae* der Schulmedizin gegenüber, der die Psychoanalyse nicht bedarf, die ihre reformierende Kraft auf die Medizin nur schwächen würde. Ich gebe aber gerne zu, daß in anderen Ländern, in denen die Stellung der Psychoanalyse im Kulturleben und in der medizinischen Welt eine andere ist, ein anderes Verhalten in der Frage „Laienanalyse" richtiger sein mag.

Die Bedeutsamkeit dieses psychologischen Moments für die Frage der Laienanalyse ist unzweifelhaft. In den letzten Jahren, da die Frage der Laienanalyse immer aktueller wurde, hat mich manchmal auf Spaziergängen ein wissenschaftlicher Tagtraum beschäftigt. (Warum soll man nicht gelegentlich auch so persönliche Dinge freimütig äußern dürfen?) Offenbar durch die Meinungsverschiedenheiten in unserem Kreise angeregt, habe ich mir da einen phantastischen Fall zurechtgelegt und ihn gewissermaßen als Schibboleth der individuellen Einstellung zu der uns beschäftigenden Frage betrachtet. Nehmen wir also einen durchaus unmöglichen, ja phantastischen Fall an: eines Tages beweise uns eine Autorität, in unangreifbarer, von jedem wissenschaftlich nachprüfbarer Art, daß alle analytischen Forschungsresultate F r e u d s, soweit sie sich auf das Gebiet der Neurosen und Psychosen beziehen, irrig seien, dagegen für das normale Seelenleben volle Geltung haben. Derselbe Forscher weise auch nach, daß nichts in den Neurosen mit psychischen Vorgängen, sondern alles ausschließlich mit innersekretorischen Prozessen zusammenhänge. Man werfe nicht ein, daß dieser Fall ganz unsinnig und unmöglich ist. Das wurde ja vorher gesagt, es ist eine phantastische Möglichkeit, mit der wir uns einen Augenblick beschäftigen wollen, so wie wir uns auch ein Märchen gefallen lassen — nichts weiter. Und nun: wer unter uns, diesen unmöglichen Fall vorausgesetzt, sein Interesse für die Neurosen und Psychosen in gleichem Maße beibehält und sich nun um die psychologischen Fragen nicht weiter kümmert, der mag ein ausgezeichneter Arzt und Neurologe sein, sein Interesse für die Analyse scheint mir aber kein genuines zu sein. Ich muß gestehen, in diesem phantastischen Falle wäre mein Interesse für die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Neurosen wie weggeblasen und ich würde mich mit dem ganzen Leichtsinn, den wir Menschen nach Zertrümmerung unserer entscheidenden Illusionen aufbringen, anderen Gebieten zuwenden, auf denen psychologische Fragen die wesentliche Rolle spielen. Anders gewendet: unser Interesse an der Analyse würde nicht geringer werden, wenn ihre Methoden, Gesichtspunkte und Resultate n u r auf dem Gebiete des normalen Seelenlebens Geltung hätten. Die therapeutische Anwendung der Analyse bleibt ein Anwendungsgebiet einer psychologischen Methode, wie jedes andere. Der Vorzug, den wir ihm gelegentlich einräumen, ist aus der Entstehungsgeschichte der Psychoanalyse zu verstehen und nur durch unmittelbare praktische Momente begründet. Es wäre prinzipiell nicht unmöglich gewesen, daß F r e u d seine wesentlichsten und entscheidendsten Funde in der analytischen Erforschung des normalen Seelenlebens gemacht hätte.

Die Größe seiner Leistung wäre nicht wesentlich geringer geworden. Die Zukunft wird lehren, ob dieses, das individuell therapeutische Anwendungsgebiet das wichtigste ist. Ich neige zu dem Glauben, daß es das am wenigsten bedeutungsvollste werden wird. (Es sei noch einmal betont: das individuell-therapeutische Anwendungsgebiet. Die Bedeutsamkeit der Einzelanalyse vom Standpunkte der Forschung kann nicht angezweifelt werden, aber therapeutische und Forschungsinteressen sind nicht identisch.) Ich weiß wohl, daß diese Anschauung in unserem Kreise isoliert dasteht. *„Mon verre est petit, mais je bois dans mon verre.“*

Der zweite Begriff, der uns hier beschäftigt, ist der des Laien. Nun, ein

Laie ist eine Person, die von einem bestimmten Fache nichts versteht, eine bestimmte Wissenschaft nicht beherrscht. Aber dieser Begriff ist nur scheinbar feststehend, — ach, alle unsere Begriffe sind es! — er enthält implizite eine Aussage über die Beziehung einer Person zu einer anerkannten, ehrwürdigen Wissenschaft. Was bedeutet es z. B., ein Laie in der Alchimie, Astrologie oder auf dem Gebiete des Okkultismus zu sein? Es gibt andere naheliegende Analogien für solche Relativität unserer Begriffe, z. B. aus dem Staatsleben: Was sind Rebellen? Rebellen sind jene verächtlichen und gottverlassenen Individuen, welche sich gegen die Staatsautoritäten auflehnen. Siegreiche Rebellen gibt es nicht; sie verwandeln sich automatisch in die verehrungswürdige und von Gott unterstützte Staatsgewalt.

Zurück zu unserer Frage des Laienbegriffes! In seiner Diskussion scheint mir ein wichtiger Gesichtspunkt — sogar von F r e u d — vernachlässigt geworden zu sein. Und doch liegt dieser Gesichtspunkt gerade uns Analytikern so nahe. Es ist der genetische. Wir mögen uns der Tatsache schämen, aber sie war bisher unbestritten und bleibt unbestreitbar: vor dreißig Jahren waren wir alle Laien in der Psychoanalyse. Mehr noch: es gab nur Laien. Wie kamen wir denn zur Analyse? Erinnern wir uns doch: was der Eine in der psychiatrischen Klinik gelernt hatte, gab ihm keine Befriedigung, wenn es galt, die Neurosen und Psychosen zu verstehen. Was der Andere als Wissenschaft aus dem psychologischen Laboratorium nach Hause brachte, schien zum Verständnis des Seelenlebens nicht ausreichend. Man hatte uns gelehrt, wie man mit dem Reflexhammer oder mit dem Blutdruckmeßapparat Psychologie treibt. Weiß Gott, wir konnten diese Instrumente handhaben, aber das psychologische Verständnis blieb sonderbarerweise aus. So gelangten wir zur Analyse, welche die Leistung eines Einzelnen war. Niemand von uns hätte damals geleugnet, eine Laie in der Analyse zu sein.

Die allgemeine Laienhaftigkeit wurde nicht bezweifelt; sie war auch unzweifelhaft. Hier der Unterschied zwischen der Psychoanalysis *militans* und der Psychoanalysis *triumphans*. Damals einigte uns die allgemeine Unzufriedenheit mit unserem psychologischen Unverständnis. Heute scheint der eine stolz darauf zu sein, daß er früher als Arzt nichts von Psychologie verstand, und der andere soll demütig und bescheiden die Pariarolle spielen, weil er früher als Psychologe, Pädagoge, Seelsorger usw. nichts davon verstand. Die Unterschiede sind zwar sehr feine, aber sie scheinen mir keine wesentlichen zu sein. Bleiben wir, soweit dies uns Menschen möglich ist, bescheiden: es macht nicht soviel aus, auf welchem Gebiete der eine und der andere sein Unverständnis mit den wesentlichen Vorgängen des Seelenlebens bekundete und seine Ahnungslosigkeit für den Höhepunkt der modernen Wissenschaft hielt. Die nackte Tatsache ist diese: die Psychoanalyse ist eine neue, vor etwa dreißig Jahren geschaffene Wissenschaft *sui generis*. Aber hat sie denn keine Vorläufer? Gewiß, aber die sind am wenigsten dort zu suchen, wo man sie zu finden erwarten würde. Die Verbindungen der Psychoanalyse mit der Neurologie und Psychiatrie der Zeit waren kaum inniger als die zur Psychologie jener Jahre. Es gibt nur wenige wissenschaftliche Vorläufer der Analyse, aber viele vorwissenschaftliche. Diese finden sich unter Philosophen (P l a t o, S p i n o z a, S c h o p e n h a u e r, N i e t z s c h e, F e c h n e r) ebenso wie unter Dichtern (der Namen sind von S h a k e s p e a r e bis D o s t o-

jewski viele) und Seelsorgern. Was das psychologische Rohmaterial analytischer Erkenntnis anlangt, enthält etwa ein Band Schopenhauer und Nietzsche, der „Oedipus rex" von Sophokles und der „Radion Raskolnikoff" Dostojewskis. Wesentlicheres und Wertvolleres als die gesamte medizinische Literatur von Galenus bis Kraepelin. Was die Methode anlangt, steht bei aller einschneidenden Differenz die Beichte der Kirche der Analyse näher als die klinische Anamnese, wie sie vor dreißig Jahren aufgenommen wurde. Dem Verständnis der Neurosen kam noch die Auffassung der Exorzisten näher als die der Nervenärzte, welche die Hysterischen als „eingebildet" aus ihren Ordinationen wiesen und sich über sie lustig machten. Es ist übrigens noch nicht hundert Jahre her, seit die Psychoneurosen überhaupt zur Domäne des Arztes gehören. Früher fielen sie durchaus in den Arbeitsbereich des Seelsorgers und Priesters. (Noch Charcot spricht von einer „*attaque démoniaque*".) Es kann nach allen uns vorliegenden Berichten nicht bezweifelt werden, daß in vielen Fällen die seelsorgerische Behandlung durch lebenskundige und tiefblickende Priester therapeutisch größere Erfolge brachte als die Therapie faradischer Ströme, welche die Neurologen anwandten.

Diese vorwissenschaftliche Beschäftigung mit den psychischen Vorgängen verhält sich zur Psychoanalyse etwa wie die Alchimie zur Chemie, die Astrologie zur Astronomie.

Die obigen Bemerkungen sind gewiß nicht dazu angetan, die Entscheidung in der Laienfrage nach der einen oder anderen Richtung hin zu beeinflussen, doch meine ich: *et hoc meminisse iuvabit.*

PSYCHOPATHIC LIBRARY BOSTON

X

Carl Müller-Braunschweig (Berlin):

Ich glaube, die Frage der sogenannten Laienanalyse gewinnt nur einen rechten Sinn, wenn man sie innerhalb der umfassenderen Frage betrachtet, welches die für den zukünftigen Analytiker zweckmäßigste Vorbildung und Ausbildung sei. Es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, daß die Vorbildung, die das heutige Medizinstudium bietet, nicht genügt. Die Psychoanalyse ist bisher als obligatorisches Lehrfach an den medizinischen Fakultäten nicht vertreten. Diesem Umstand wird von der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung Rechnung getragen, indem derjenige, der sich zum Psychoanalytiker ausbilden lassen will, nach vollendetem Medizinstudium und nach Absolvierung einer neurologisch-psychiatrischen Ausbildung sich erst noch eines mehrjährigen Studiums der psychoanalytischen theoretischen Disziplinen mit anschließenden praktischen Übungen zu unterwerfen hat. Es ist wohl nur eine Frage der Zeit, daß auch die Universität, insbesondere die medizinische Fakultät, sich der Psychoanalyse öffnen wird. Und wir werden noch mehr erhoffen dürfen, nämlich, daß die gesamte Medizin, je mehr sie sich mit den Lehren der Psychoanalyse vertraut macht, an vielen Stellen ihres Gebäudes bedeutsame Umgestaltungen vornehmen wird. Bereits seit einer Reihe von Jahren wird der Psychogenese körperlicher Symptome nicht nur von den Neurologen und Psychotherapeuten,

sondern von weiten Kreisen der internen Medizin eine erhöhte Beachtung geschenkt. Es ist unausbleiblich, daß in der Verfolgung dieses Weges die Psychoanalyse, ihre Fragestellungen, ihre Theorien, die von ihr aufgedeckten psychologischen und biologischen Zusammenhänge gesteigerte Beachtung erzwingen und die interne Medizin tiefgehend beeinflussen werden. Wenn einmal dieser Zustand der Durchsäuerung der Medizin mit der psychoanalytischen Lehre erreicht worden ist, wird das Medizinstudium eine zweckmäßigere Vorbildung für den psychoanalytischen Therapeuten spielen.

Das gleiche kann man von dem jetzigen Medizinstudium nicht sagen. Und zwar nicht nur deswegen, weil die Psychoanalyse, weit davon entfernt, den alten Disziplinen der Medizin organisch eingegliedert zu sein, vielmehr einem Fremdkörper gleicht, der mit Abwehrstoffen zu kämpfen hat, sondern auch aus anderen Gründen. Diese Gründe werden ersichtlich unter einer methodologischen Betrachtung. Die Wissenschaften, mit denen der Medizinstudierende bisher bekannt gemacht wurde, weisen eine überwiegend somatologische Orientierung auf. Die Grundlage des Denkens, das der Studierende übt, ist die Anschauung körperlicher Formen, Zusammenhänge und Prozesse. Auch da, wo funktionell gedacht wird, geschieht dies in Bezug auf körperlich, räumlich Vorgestelltes. Für die spezifisch psychologische Einstellung, die Beobachtung psychischer Abläufe und das Verstehen psychischer (und gar erst unbewußt psychischer) Bedeutungszusammenhänge wird keine Gelegenheit geboten. Auch die Psychiatrie, von der man annehmen sollte, daß sie hier eine Ausnahme bilden würde, versucht erst neuerdings schüchtern, den eigentlich psychologischen Gesichtspunkt neben dem natürlich unbestritten bedeutsamen neurologischen und dem wohl ebenso unentbehrlichen, nach psychiatrischen Bildern klassifizierenden Gesichtspunkt gelten zu lassen. Während die somatologische Forschung wesentlich auf der Anschauung der äußeren Sinne beruht, hat die psychologische Forschung die Introspektion, sozusagen die Anschauung des „inneren Sinnes“ zur Voraussetzung. Wenn es sich auch bei dem Verstehen des Anderen, z. B. des Patienten, um das Erfassen von Vorgängen handelt, die in einem Objekt der Außenwelt vor sich gehen, so hat nichtsdestoweniger dieses Verständnis eine Übung der inneren Anschauung, eine Übung im Verständnis seiner selbst zur unbedingten Voraussetzung. Macht man sich das klar, so wird einem im vollen Umfang bewußt, was das bisherige Medizinstudium dem künftigen Analytiker nicht zu bieten vermag.

Wir sehen, daß hingegen andere Studienfächer der Ausbildung der introspektiv-psychologischen Einstellung näher kommen. Der Schulpsychologe, so wenig er bisher dem Verständnis der unbewußten psychischen Prozesse nahegekommen ist, übt sich in der Richtung der geforderten Einstellung, der Philosoph hat sie zur Voraussetzung, aber auch der Soziologe, ja, selbst der Jurist, soweit für bestimmte Spezialgebiete seines Faches psychologische Einfühlung in Frage kommt, der Historiker, der ohne Rekonstruktion psychischer Motivationen die geschichtlichen Zusammenhänge nicht erfassen kann, und ebenso der Ethnologe, der Mythologe und andere Wissenschaftler.

Der Unterschied, den wir im vorstehenden der somatologischen und der introspektiv-psychologischen Anschauung zugrunde gelegt haben, ist nun allerdings nicht so sehr ein Unterschied wissenschaftlicher Methoden, als ein Unterschied der Objekte, insofern, als das dominierende Objekt der bisherigen

Medizin Körper und körperliche Prozesse, also ein Objekt der äußeren Anschauung, das Objekt der psychologischen (psychoanalytischen) Forschung psychische Abläufe und Zusammenhänge, also ein Objekt der inneren Anschauung ist. Es wäre falsch, gleichzeitig einen Gegensatz der Methode etwa in der Richtung zu sehen, daß etwa nur die somatologischen Disziplinen sich auf Anschauung stützten, die psychologischen im Gegensatz dazu die Anschauung vernachlässigen und mehr spekulativ vorgehen würden. Diese Auffassung wäre schon abzulehnen unter Hinweis darauf, daß wir bei b e i d e n Forschungseinstellungen von A n s c h a u u n g gesprochen haben. In der Tat, wenn wir es als ein wesentliches Charakteristikum einer e m p i r i s c h e n Wissenschaft betrachten, daß sie nicht rein spekulativ ist, sondern, so sehr sie im Einzelfall von intuitiven Einfällen und vorläufigen Theorien ausgehen mag, diese doch immer erst als bewiesen und als wissenschaftliches Ergebnis betrachtet, soweit sie durch Erfahrung, durch Anschauung und Beobachtung bestätigt werden kann, — wenn das also das Charakteristikum einer empirischen Wissenschaft ist, so finden wir es durchaus in der Methode der Psychoanalyse wieder. Auch die Psychoanalyse ist eine empirische Wissenschaft, auch bei ihr geben Erfahrung und Beobachtung, die letztlich wiederum durch die (innere) Anschauung bestätigt werden, den Ausschlag..

Es ist häufig die Ansicht geäußert worden, die medizinische Vorbildung sei aus dem Grunde für den künftigen Analytiker zweckmäßig und wünschenswert, weil sie eine naturwissenschaftliche Schulung enthält und die Psychoanalyse auch nichts anderes als eine Naturwissenschaft darstelle. Es ist nun sicher richtig, daß die Beschäftigung mit den Naturwissenschaften eine gute Schule in der Richtung bietet, daß sich das Denken nicht in subjektives, durch Wunschvorstellungen dirigiertes Spekulieren verrennt, sondern statt dessen der Respekt vor den Tatsachen und die Übung in Beobachtung und Anschauung des Wirklichen erzeugt werden. Hat der Medizinstudierende diese Grundeinstellung gewonnen, so bringt er zweifellos etwas grundsätzlich Wertvolles auch für den Beginn des Studiums der Psychoanalyse mit, aber — und das ist ein großes Aber — diese Grundeinstellung, so wertvoll sie ist, nützt ihm nur unter der einen Voraussetzung etwas, daß er die oben beschriebene bedeutsame Wendung in der B l i c k r i c h t u n g vollzieht, nämlich die von der äußeren zur inneren Anschauung, oder anders gesagt, die vom räumlichen zum psychischen Objekt. Und diese Grundeinstellung nützt ihm n i c h t s, wenn er diese Wendung n i c h t zu vollziehen vermag. So sehr also die psychoanalytische Forschungsmethode, so weit sie eben eine empirische ist, mit der naturwissenschaftlichen übereinstimmt, so unvollkommen und unzweckmäßig ist sie für die Vorbildung des Psychoanalytikers, wenn sie nicht auch, und zwar von vornherein, in der psychologischen Blickrichtung geübt wird.

Eine einseitig somatologisch orientierte naturwissenschaftliche Vorbildung ist auch noch aus einem anderen Grunde als Vorbildung des künftigen Analytikers ungenügend. Nämlich aus dem Grunde, weil das, was als besonderer Gewinn der Beschäftigung mit den Naturwissenschaften gerühmt wird, nämlich die Beherrschung der empirischen, auf Anschauung und Beobachtung fußenden Forschungs- und Denkweise, keineswegs etwas ist, was allein den Naturwissenschaften eigentümlich wäre. Es ist durchaus grob schematisch, ja, unrichtig, wenn man etwa die Wissenschaften einteilt in Seinswissenschaften

auf der einen Seite und in Wert-, Soll- oder Normwissenschaften auf der anderen Seite und dieser Einteilung die Bedeutung gibt, daß nur die Naturwissenschaften echte Seinswissenschaften seien, die sich allein auf Anschauung und Beobachtung der Wirklichkeit stützten und sich durch keinen Normgesichtspunkt beirren ließen, und daß im Gegensatz dazu die anderen Wissenschaften, Erfahrung und Beobachtung vernachlässigend, lediglich spekulativ unter Leitung normativer Gedanken vorgingen. In Wirklichkeit liegen die Dinge so, daß auch diejenigen Wissenschaften, in denen Wert- oder Normbegriffe eine Rolle spielen, in einem mehr oder minder großen Teile durchaus empirischen Charakters sind. Die Normbegriffe kommen nur in denjenigen Disziplinen dieser Wissenschaften zur Geltung, wo es sich, wie etwa in der Rechtswissenschaft, um den synthetischen Aufbau eines Systems von Gesetzen, also um Gestaltung handelt, während andere Disziplinen der gleichen Wissenschaften um deswillen rein empirisch sein müssen, damit die für die synthetischen Disziplinen als Grundlagen und Materialien notwendigen einwandfreien Tatbestände und Wirklichkeitszusammenhänge erfaßt werden können. Die Empirie in diesen Teilgebieten der sogenannten Wertwissenschaften ist nun keine andere als die der Naturwissenschaften. Es gibt eben nur einen Respekt vor der Wirklichkeit, ob es sich um die Wirklichkeit der Beziehung zweier physikalischer Massen oder um die einer Drüsentätigkeit oder aber auch um die eines soziologischen Gebildes oder eines Rechtsgebrauches oder einer Volkssitte handeln mag. Es tut dem Wirklichkeitscharakter dieser Gegenstände und der Anwendbarkeit der empirischen Forschungsmethode auf sie keinerlei Abbruch, wenn oder soweit einige von ihnen nicht allein empirisch betrachtet zu werden vermögen, sondern außerdem noch in einen anderen, nämlich einen Wertzusammenhang eingefügt werden können.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß empirische Forschungs- und Denkeinstellungen nicht allein in den Naturwissenschaften erworben und geübt werden können. Wenn man weiter bedenkt, daß das Objekt der psychoanalytischen Forschung sowohl wie auch der psychoanalytisch praktischen (therapeutischen, pädagogischen usw.) Betätigung der ganze Mensch ist, und zwar der ganze Mensch nicht nur seinem körperlichen Bestande nach, sondern mit seinen komplizierten seelischen Vorgängen und seinen unendlich verzweigten Beziehungen nicht nur zur körperlichen, sondern auch psychischen, gesellschaftlichen, kulturellen Umwelt, so wird es auch von dieser Überlegung her deutlich, wie einseitig und ungenügend eine Vorbildung ist, die die Fähigkeiten zur unbestreitbar zentral wichtigen empirischen Denkweise lediglich in der Beschäftigung mit Wissenschaften erwirbt, die nur die körperliche Welt zum Gegenstand haben.

Die naturwissenschaftlichen und medizinischen Disziplinen können als alleinige Vorbildungsfächer oder auch nur als solche von vorwiegender Bedeutung auch noch aus anderen Gründen nicht angesehen werden. Unter den Forschungsweisen der naturwissenschaftlich-medizinischen Disziplinen fehlen nämlich wichtige, speziell für die Psychoanalyse zentral bedeutsame methodisceh Einstellungen. Es ist nicht richtig, wenn man annimmt, daß jene Disziplinen alle Möglichkeiten empirischer Forschung in sich vereinigen. Wir wissen alle, eine wie ausschlaggebende Bedeutung für die Gewinnung der psycho-

analytischen Erkenntnisse die eigentümliche Erfassungsweise hat, die uns das Verhältnis des Symptoms wie überhaupt jeder Ersatzbildung zum „Eigentlichen“ (wie Freud es nennt) verständlich macht. Dieses Verhältnis kann man natürlich insofern als ein kausales ansehen, als das psychische Gebilde des Symbols durch das psychische Gebilde des „Eigentlichen“ kausal hervorgerufen ist. Aber es ist uns klar, daß es nicht die Kausalbeziehung zwischen den beiden Gebilden ist, die uns psychoanalytisch wesentlich interessiert, sondern der Umstand, daß das eine das andere „bedeutet“. Nicht so sehr die kausale Beziehung zwischen beiden, sondern vor allem die Bedeutungsbeziehung, die Korrespondenz beider Gebilde interessiert uns. Diesen zentral wichtigen Gesichtspunkt der Korrespondenz kennen wir in den naturwissenschaftlich-medizinischen Fächern nicht, er ist hingegen für eine andere Wissenschaft charakteristisch, für die Sprachwissenschaften. In ihr gibt es das Phänomen, daß ein sprachliches Gebilde in seiner Bedeutung mit einem anderen korrespondiert.[1] Es sind nicht Kategorien der naturwissenschaftlichen, sondern solche der sprachwissenschaftlichen Empirie, die unserem Verständnis der „Sprache“ und der „Gleichungen“ des Unbewußten zugrunde liegen.

Von anderen methodischen Gesichtspunkten darf man wiederum sagen, daß sie freilich in den naturwissenschaftlich-medizinischen Disziplinen nicht fehlen, daß sie aber auch keineswegs diesen allein angehören. Da ist zum Beispiel der geschichtliche, im besonderen der entwicklungsgeschichtliche Gesichtspunkt. Von großer Bedeutung auch für die Psychoanalyse, findet er sich aber ausnahmslos in jeder empirischen Wissenschaft.

*

Wenn man sich fragt, welches die geeignete Vorbildung für den künftigen Analytiker sei, muß man zweckmäßig unterscheiden, welche Vorbildung speziell für den psychoanalytischen Praktiker, den Therapeuten, und welche für den psychoanalytischen Wissenschaftler geeignet wäre. Für den Therapeuten scheint mir vor allem die spezifisch-psychoanalytische Ausbildung, wie wir sie ja bereits ausüben und wie sie immer besser wird ausgebaut werden können, in Betracht zu kommen, für denjenigen, welcher über die therapeutische Praxis hinaus die so ungeheuer verzweigten, fast alle bisherigen wissenschaftlichen Zweige berührenden Probleme als Wissenschaftler und Forscher bearbeiten will, müßte allerdings eine weit umfänglichere Vorbildung und Ausbildung in Frage kommen.

Wenn ich von meiner persönlichen Erfahrung sprechen darf, so kann ich nicht behaupten, den Eindruck gehabt zu haben, daß mir in meiner therapeutischen Praxis die in 20 semestrigen Universitätsstudien und in späteren privaten Studien erworbenen Kenntnisse — seien es nun die philosophischen und historischen oder die naturwissenschaftlichen und medizinischen — unentbehrlich gewesen seien. Ich hatte vielmehr den Eindruck, daß es das psychoanalytische Wissen und die praktische psychoanalytische Erfahrung waren, die das für die therapeutische psychoanalytische Praxis Wesentliche und Nötige bestritten.

1) Ich darf in diesem Zusammenhang wohl darauf verweisen, daß man den Vorteil, den eine besondere Begabung für sprachliche Gesetzlichkeiten für die Beherrschung psychoanalytischer Forschungsweise und Praxis haben kann, sehr wohl an unserem verstorbenen Kollegen und Führer Abraham verfolgen kann.

Ich kann das an dem Thema der interkurrenten organischen Erkrankungen der Patienten erläutern. Hier ist zunächst zu sagen, daß diese Fälle bei mir selten waren. Sollte ich zum Teil diese Seltenheit gerade dem Umstand verdanken, daß ich nicht approbierter Mediziner bin? Und zwar deswegen, weil etwa der Patient bei mir die Hoffnung, daß ich mich mit seinem Körper beschäftigen würde, als noch aussichtsloser ansieht als er sie vielleicht bei einem Analytiker, der zugleich approbierter Arzt ist, empfindet? Die Vermutung aber, daß es sich in den betreffenden Fällen um etwas Organisches handelte, schien mir regelmäßig nicht so sehr aus meiner Kenntnis körprlich-pathologischer Zustände als vielmehr aus dem psychoanalytischen Bild zu stammen. Ich kann jedenfalls den Äußerungen einiger Analytiker mit Approbation durchaus zustimmen, wenn diese versichern, daß sie — in der psychoanalytischen Praxis, versteht sich — wenig Gelegenheit haben, ihre medizinischen Kenntnisse zu verwenden, und daß man diese nicht als unentbehrlich bezeichnen kann.

Ich habe bis jetzt von den zweifellos überwiegend organisch bedingten Affektionen gesprochen, die sich ohne Beeinträchtigung der analytischen Arbeit durch Hinzuziehung von Internisten bestätigen und behandeln ließen. Ungleich häufiger waren interkurrente Erkrankungen mit körperlichen Symptomen, die so stark in dem psychoanalytischen Zustandsbild aufgingen und so sehr dazu herausforderten, ihnen nur mit analytischen Mitteln zu begegnen, daß ich von mir aus die Hinzuziehung eines Spezialisten nicht anregte. In vielen Fällen aber ließ ich die Patienten, wenn sie den Wunsch äußerten, wegen körperlicher Erscheinungen einen Arzt hinzuzuziehen, z. B. dann, wenn die Erkrankung sichtlich das Produkt einer Widerstandsphase war, ruhig gewähren — genau so, wie der Analytiker vieles andere, so weit und so lange es nicht erheblich zu schaden vermag, zuläßt — und zwar auch dann, wenn mir die überwiegend psychische Bedingtheit und psychoanalytische Aufhebbarkeit der betreffenden Symptome durchaus deutlich war. Es wurde dann alles zusammen: die Symptome, das Aufsuchen des Arztes und die Behandlung wie jedes andere Vorkommnis außerhalb der Analysenstunde analysiert.

Nach meinen Erfahrungen erscheint mir also gerade für die engere praktische, therapeutische Anwendung der Psychoanalyse eine über die eigentliche theoretische und praktische p s y c h o a n a l y t i s c h e Ausbildung weit hinausgehende Vorbildung nicht unbedingt nötig zu sein, wenn sie auch natürlicherweise w ü n s c h e n s w e r t wäre. Überlegt man aber, was man der speziellen psychoanalytischen Vorbildung noch hinzufügen könnte, so wird man zweifeln müssen, ob eine naturwissenschaftliche und medizinische Vorbildung hier den Vorzug verdient, wie man das von medizinischer Seite oft behaupten hört. Aus den oben ausgeführten methodologischen Erörterungen geht bereits hervor, daß andere Wissenschaften eine gleichwertige Schulung in der empirischen Denkweise bieten können. Und andererseits, wenn wir uns von dem formalen Gesichtspunkt der M e t h o d e abwenden und an den i n h a l t l i c h e n Bereich der Wissenschaften denken, werden wir den bereits geäußerten Wunsch wiederholen müssen, daß auch der Therapeut, der in der Psychoanalyse mit dem ganzen, nicht nur mit dem körperlichen Menschen zu tun hat, ihn nicht einseitig, sondern in möglichst vielen seiner anderen

Seiten und Beziehungen, in denen ihn die Fülle der anderen Wissenschaften zu erfassen sucht, kennen lerne.

Was bei der Ausbildung der psychoanalytischen Therapeuten nur wünschenswert wäre, nämlich, daß sich um das Kernstück der spezifischen psychoanalytischen Ausbildung ein nicht einseitiges, sondern weitschichtiges Studium lagere, ist für den späteren psychoanalytischen Wissenschaftler unbedingt notwendig.

Gerade er dürfte sich nicht mit einem einseitigen Vorstudium zufrieden geben. Von ihm erwartet ja die Gegenwart und nächste Zukunft die organische Angliederung unserer neuen Wissenschaft an die bestehenden Forschungszweige. Und wir alle wissen, daß kaum eine von ihnen durch die psychoanalytischen Methoden und Erkenntnisse unberührt bleiben kann. Derjenige, der als Wissenschaftler an diesen kaum übersehbaren Aufgaben arbeiten will, wird naturgemäß ausgedehnteren und vertiefteren Studien obliegen müssen, als der therapeutische Praktiker sie braucht. Es ist z. B. klar, daß die große Aufgabe der Erforschung des Zusammenhanges der psychischen und der organischen Determinierung der körperlichen Krankheiten voraussetzt, daß der betreffende Forscher über gründlichste naturwissenschaftliche und medizinische Vorbildung und über ständige interne klinische Erfahrungs- und Forschungsmöglichkeiten verfüge. Ähnliches würde für denjenigen Gelehrten gelten, der die theoretische und praktische Anwendung der Psychoanalyse auf die Psychosen erforschen wollte. Desgleichen wäre es klar, daß diejenigen, die sich mit den psychoanalytischen Methoden irgend einem anderen Gebiete des Wissens, der Biologie oder der Philologie oder welcher Wissenschaft immer zuwenden wollten, ihre spezifischen Vorkenntnisse und später ihre ständigen Forschungsmöglichkeiten haben müßten.

Eine vorwiegend naturwissenschaftlich medizinische Vorbildung käme, wie ersichtlich, nur für diejenigen in Betracht, die sich speziell naturwissenschaftlichen und medizinischen Forschungsgebieten zuwenden würden.

Für alle aber, die von der Psychoanalyse, ihrer Methode und ihren Kenntnissen ausgehen wollen, gleichviel, auf welchen Gebieten sie die Psychoanalyse verwenden wollen, kommt vor allem als Kern ihrer Ausbildung die speziell psychoanalytische in Betracht, zu der außer den theoretischen Disziplinen der Psychoanalyse und außer der Lehranalyse auch einige Semester praktischer Übungen an poliklinischen Fällen unter Kontrolle eines erfahrenen Psychoanalytikers unbedingt gehören.

Es wäre nicht zu bedauern, wenn wie bisher hie und da Fälle zu verzeichnen wären, wo Wissenschaftler, die ursprünglich nicht an Therapie dachten, von zunächst zum Behufe ihres Wissenschaftsgebietes betriebenen psychoanalytischen Studien aus zu Therapeuten würden. Es wäre hingegen zu bedauern, wenn, trotzdem zweifellos in allernächster Zeit eine große Reihe von Wissenschaften ihre Ansprüche an die Psychoanalyse wird geltend machen, die bloße medizinische Tradition, die alles Therapeutische für sich zu reservieren trachtet, versuchen würde, sich dem soeben als notwendig bezeichneten therapeutischen Stück psychoanalytischer Ausbildung des Nicht-Mediziners und auch seiner eventuellen späteren psychoanalytisch-therapeutischen Betätigung entgegenzustemmen.

Um praktisch zu sprechen — und solange sich die Universitäten dazu nicht bereit finden, hätten unsere privaten psychoanalytischen Institute darin voranzugehen — müßte eine spezifisch psychoanalytische Vorbildung und Ausbildung geschaffen werden, die durch eine Auswahl anderer Wissensgebiete ergänzt wird.

Auf diese Frage, wie ein neben den bestehenden Universitätsfächern selbständig aufgebauter spezifisch psychoanalytischer Studienlehrplan von 8—10 Semestern aussehen müßte, näher einzugehen, ist hier nicht der Ort.

XI[1]

Robert Hans Jokl (Wien):

Der Umstand, daß gegen ein Mitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung ein gerichtliches Verfahren wegen Vergehens der Kurpfuscherei im Gange ist,[2]) veranlaßt uns, unsere durch kompetente Kenntnis der Materie bestimmte Stellungnahme zur Frage der praktischen Ausübung der Psychoanalyse durch Nichtärzte („Laien") wie folgt zu präzisieren.

Die Psychoanalyse ist ihrer ursprünglichen Bedeutung nach eine Methode der seelischen Tiefenforschung, also eine psychologische Wissenschaft, deren Erlernung nicht an die übliche Ausbildung des Arztes gebunden ist, deren Anwendung nicht nur in das Interessengebiet der Medizin, sondern auch verschiedener anderer Wissenszweige, wie Psychologie, Philosophie, Pädagogik, Theologie, Geschichtsforschung usw., fällt. In der Heilkunde wird die Psychoanalyse bei Krankheitsgruppen angewendet, die — wie manche psychische und Charakteranomalien Jugendlicher und Erwachsener — vielfach schon ihrem Wesen nach Grenzgebiete für andersgeartete nichtärztliche Tätigkeit — etwa des Pädagogen — darstellen, so daß ihre Beeinflussung dem psychoanalytisch geschulten Psychologen oder Erzieher mit mehr Berechtigung überlassen werden kann, als einem psychoanalytisch nicht entsprechend vorgebildeten Arzt, dem die standesärztliche Mentalität jeglichen — auch seelischen — Eingriff gestattet. Dazu kommt, daß die Ausübung der Psychoanalyse an Kranken eine zur obligaten ärztlichen Berufsausbildung in keinem ausreichenden Verhältnis stehende persönliche Eignung voraussetzt — wird sie doch an den Hochschulen weder gelehrt noch Wert auf ihre oder die Kenntnis der medizinischen Psychologie überhaupt gelegt — und daß ihre Erlernung langwierig und schwierig ist. Die Psychoanalyse kann in der Hand des Unkundigen zu einem gefährlichen Instrument werden, das ebenso viel nicht wieder gut zu machendes Unheil anzurichten vermag, als sie segensreich wirkt, wenn sie den geeigneten Vertreter findet. Diesem Bewußtsein ihrer Verantwortlichkeit Rechnung tragend, hat die Wiener Gruppe — wie einige auswärtige Gruppen der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung — durch Gründung eines Lehrinstitutes

1) Nach einem im Auftrage der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung abgefaßten Gutachten.

2) Anm. b. d. Korr. — Inzwischen ist das Verfahren von der Staatsanwaltschaft „mangels eines strafbaren Tatbestandes" eingestellt worden.

eine Ausbildungsstätte geschaffen, die es dem Befähigten nach gründlicher Vorbildung ermöglichen soll, eine einwandfreie psychoanalytische Praxis auszuüben, wodurch einer Schädigung des nervös Kranken durch die „wilde Analyse" Unberufener nach Möglichkeit vorgebeugt werden soll. Für Zulassung von Ärzten wird nebst der Lehranalyse und dem Lehrgang eine ausreichende neurologisch-psychiatrische Vorbildung gefordert, für Vertreter anderer Berufe eine diesen entsprechende analoge Grundlage.

In dem in Frage stehenden Falle handelt es sich um eine Persönlichkeit, der die Psychoanalyse durch zahlreiche wertvolle theoretische Beiträge und praktische Erfolge reiche Förderung verdankt. Die unerläßliche Vorbedingung für eine solche Tätigkeit ist aber die Möglichkeit, durch Handhabung der Methode am geeigneten Objekt die Mechanismen der Seele studieren zu können. Dem Arzt fehlt mitunter die ausreichende psychologische Schulung, um am Kranken über sein therapeutisches Ziel hinaus wertvolle theoretische Forschung zu treiben (an seinen aufreibenden Beruf gebunden nicht selten auch die Zeit), wozu der Psychologe von vornherein berufen erscheint. Stünden wir auf dem von der zünftigen Ärzteschaft aus vornehmlich wirtschaftlichen Gründen vertretenen Standpunkt, daß der Nichtarzt von der praktischen Tätigkeit am seelisch Kranken grundsätzlich auszuschließen sei, wären wir an theoretischen Erkenntnissen um manches ärmer, was sich praktisch letzten Endes zum Nachteil der Kranken selbst auswirken müßte.

Die Doppelstellung der Psychoanalyse als psychologische und Heilmethode läßt demnach die Mitarbeit auch des Nichtarztes wünschenswert erscheinen. Im Falle pädagogischer Einwirkung ist dies selbstverständlich und wird von ärztlicher Seite kaum bestritten. Dem Schutze des Patienten wie dem ärztlichen Standesinteresse wird jeweilig durch die Vorschrift Rechnung getragen, daß Kranke und alle Fälle, die zeitweiliger oder ständiger ärztlicher Beobachtung bedürfen, falls sie von einem „Laienanalytiker" übernommen werden, von diesem unter der verantwortlichen Kontrolle des Arztes behandelt werden. Der nichtärztliche Analytiker ist das ausübende Organ des zuweisenden Arztes, ein Vorgang, der auch in anderen Zweigen medizinischer Therapie üblich ist. Der Arzt trägt die Last der Verantwortung und wird von seinem Helfer bei allen zweifelhaften, seine Überwachung oder sein ärztliches Wissen erfordernden Vorkommnissen zu Rate gezogen.

Wir glauben uns demnach auf Grund der vorgebrachten Argumente zu der Schlußfolgerung berechtigt, daß die von zumeist übereifriger ärztlicher Seite in Szene gesetzten Angriffe gegen die „Laienanalyse" (die es für uns insoweit nicht gibt, als für den Analytiker nicht die Standeszugehörigkeit, sondern seine Qualitäten ausschlaggebend sind) nicht nur der sachlichen Berechtigung entbehren, sondern tendenziöse Versuche ihrer Gegner darstellen, die Psychoanalyse durch geschickte Ausnützung von in ihr enthaltenen Voraussetzungen zu diskreditieren. Wir vertreten die Ansicht, daß eine unter ärztlicher Verantwortung erfolgende psychoanalytische Behandlung eines seelisch Kranken durch einen in kompetenter Weise autorisierten Nichtarzt gesetzlich einwandfrei und im Interesse der Kranken wie des Fortschrittes unserer Wissenschaft praktisch unvermeidlich ist. Sie kann daher ebensowenig als „Kurpfuscherei" gebrandmarkt werden

als sie Standesinteressen einer Ärzteschaft tangiert, deren bisheriges Verhältnis zur Psychoanalyse die so nachdrückliche Geltendmachung eines Vorrechtes auf ihre Ausübung kaum verständlich macht.

XII

Géza Róheim (Budapest):

Soll der Nichtmediziner auch analysieren oder nicht? Ich glaube, daß es nicht ganz überflüssig sein wird, diese Frage auch vom Standpunkt der angewandten Psychoanalyse zu erörtern. Wie liegen nun die Sachen z. B. auf dem Gebiet der psychoanalytischen Ethnologie? Die psychoanalytische Ethnologie ist eine sehr junge Wissenschaft, und wenn wir vergleichsweise sagen können, daß die klinische Psychoanalyse jetzt die schönsten Jünglingsjahre erreicht hat, so müssen wir das Alter der psychoanalytischen Ethnologie ungefähr der Entwöhnungsperiode gleichsetzen. Es ist auch klar, daß ihre Entwicklung mit der Entwicklung der individuellen Analyse unmöglich Schritt halten kann, denn auf diesem Gebiet ist die Zahl der Mitarbeiter unvergleichlich kleiner und das Material größer oder wenigstens viel schwerer zugänglich. Hier sind zeitraubende Quellenstudien nötig, die ein Nichtfachmann, mag er als Analytiker noch so scharfsinnig oder selbst genial sein, unmöglich mit demselben Erfolg leisten kann wie der analytisch geschulte Fachmann. Es hängt demnach die Entwicklung dieser Wissenschaften eng mit der Zahl der analytisch geschulten Mitarbeiter zusammen.

Wie sollen wir solche Mitarbeiter gewinnen? Wir sagen und betonen es immer wieder, daß die richtige analytische Überzeugung nicht durch Lektüre, nicht durch die Logik, sondern durch die Erfahrung, d. h. durch die eigene Analyse erworben werden kann. Der Gelehrte soll sich also analysieren lassen. Soll er aber nach der Analyse nicht weiter fortschreiten dürfen? Soll ihm stets nur das eigene, wenn auch analytisch gut aufgedeckte Material zu Gebote stehen? Auf Grundlage des ethnologischen Materials kann der analytisch Geschulte zwar unbewußte Inhalte aufdecken, handelt es sich aber um eine metapsychologisch, d. h. nicht nur topisch, sondern auch dynamisch und hauptsächlich ökonomisch gut durchgeführte Deutung des ethnologischen Materials, so werden wir immer auch die individuelle Analyse heranziehen müssen. Die Frage ist ja eigentlich durch Jones, der doch sonst manche Bedenken in Sache der „Laienanalyse" zu haben scheint, schon in unserem Sinne beantwortet worden (I. Z. f. PsA., XIII, S. 103).

Diese Gesichtspunkte beziehen sich auf alle Geisteswissenschaften. Vom Standpunkt der Ethnologie aber, die auch bisher die meisten und wichtigsten Berührungspunkte mit der Psychoanalyse aufweisen konnte, kommt noch ein Problem dazu. Der Ethnologe soll nicht nur analysiert sein, um mit den eigenen Widerständen fertig werden zu können, er soll auch Übung in dem Analysieren haben, damit er später in der Lage sei, die Analyse als Forschungsmethode im Feld anwenden zu können. Welche Perspektiven sich da für die Zukunft eröffnen, wie wichtig es wäre, wenn wir wenigstens über Traummaterial (aber mit den dazugehörenden Assoziationen!) der primitiven Völker verfügen würden, braucht keinem Einsichtigen erst gesagt

zu werden. Die beste Gelegenheit zu solcher Arbeit würde sich den Missionären bieten, da sie über die notwendigen Sprachkenntnisse verfügen und auch durch das Zeitmoment in der Arbeit nicht gestört sind.

Ich möchte nun noch eine der von Dr. Jones gestellten Fragen beantworten. Prof. Freud zeichnet nämlich in der „Laienanalyse" die Umrisse eines zukünftigen Lehrplanes und Dr. Jones wirft die Frage auf, wie denn das Studium der verschiedenen Fächer, so z. B. der Biologie, der Mythologie „oder gar der Kulturgeschichte", dem angehenden Analytiker ermöglicht werden soll. Ich glaube, diese Frage ließe sich teilweise schon jetzt im Rahmen der Kurse lösen, und wird sich immer leichter lösen lassen, wenn wir die Fäden, die zu den einzelnen nichtärztlichen Fachwissenschaften hinüberführen, nicht zerschneiden. In einer Ortsgruppe, in deren Mitgliederliste sich ein Biologe oder ein Kulturhistoriker befindet, ist die Frage schon gelöst. Das Allgemein-Menschliche haben wir ja in der Ethnologie immer gesucht, doch erst in der Psychoanalyse haben wir es auch gefunden. Die Psychoanalyse soll das „geistige Band" zwischen den Fachwissenschaften werden, dazu braucht sie aber die möglichst intensivste Betätigung der Vertreter der verschiedenen Geisteswissenschaften.

Die Zukunft der Laienanalyse bedeutet die Zukunft der angewandten Analyse.

PSYCHOANALYTISCHE BEWEGUNG

James Glover

1882—1926

Kurz auf die Nachricht vom Tode Karl Abrahams folgt die vom Hinscheiden eines seiner hervorragendsten Schüler. Unsere Gefühle bei diesem zweiten Verlust können eigentlich nur die wieder erwecken, die wir bei dem ersten empfanden; denn zwischen diesen beiden Männern bestanden zahlreiche Ähnlichkeiten und Verbindungen — jenseits jenes Verhältnisses von Lehrer und Schüler, in dem sie zueinander standen. Der Verlust Glovers wird in mancher Hinsicht von seinen Kollegen, wenn auch von einem kleineren Kreise, ebenso stark und heftig empfunden werden wie der Abrahams; auch bedeutet sein Tod einen ebenso schweren Rückschlag für die Entwicklung der Psychoanalyse, denn gewiß hätte er in ihr eine wichtige Rolle gespielt, wenn er länger zu leben gehabt hätte.

James Glover wurde geboren zu Lesmahagow in Lanarkshire am 15. Juli 1882 und starb in der Nähe von Barcelona am 25. August 1926. Sein Vater, ein Landschulmeister, stammte aus dem schottischen Unterland, und Glover erbte offenbar von ihm zwei seiner hervorragendsten Eigenschaften: einen selten scharfen Intellekt und eine bescheidene Zurückhaltung. Er hatte zwei jüngere Brüder, aber keine Schwester. Als Kind war er scheu, zurückhaltend und mit starker Phantasie begabt; er hatte einen starken Hang zum Schreiben und veröffentlichte eine kurze Geschichte schon im Alter von 14 Jahren. Er durchlief seine Schul- und Studienjahre in glänzender Weise und erhielt den Grad des M. B. und Ch. B. an der Universität Glasgow schon mit 21 Jahren.

Schon zu dieser Zeit war seine Gesundheit nicht zufriedenstellend; nachdem er versucht hatte, sich als praktischer Arzt niederzulassen, wurde er dazu bewogen, einige lange Seereisen zu unternehmen. Eine Zeitlang praktizierte er in Brasilien, wo er eine starke Befähigung für Chirurgie und tropische Medizin zeigte, aber seine Mußestunden waren ausschließlich der Lektüre und dem Schreiben von *„Short Stories“* gewidmet, die großes psychologisches Interesse hatten. Die wohltuende Wirkung des Klimawechsels wurde alsbald durch einen Anfall von Malaria und Dysenterie wieder zunichte

gemacht; letztere legte den Grund zu jener Krankheit, der er schließlich erlag. Nach zehn Jahren dieser Lebensführung schwand seine Gesundheit 1913 endgültig dahin, Anzeichen eines schweren Diabetes traten auf und im nächsten Jahr hielt man sein Leben während mehrerer Monate schon für verloren. Jedoch setzte eine langsame Besserung ein und nach einiger Zeit war er wieder imstande, sich leichter Beschäftigung zu widmen. Er wurde Assistenzarzt am Cheltenham-Hospital für Augen-, Ohr- und Halskrankheiten, ein Posten, der ihm genügend freie Zeit ließ, um sich seinen psychologischen und anthropologischen Studien zu widmen. Seine frühere intensive Beschäftigung mit philosophischen Problemen, die aus seinen Studententagen herrührte, erfuhr nun eine Umformung in ein psychologisches Interesse. Ein Brief aus dieser Zeit an den „*Lancet*" (eine Antwort an Dr. Mercier) zeigt, daß er schon damals für die Lehren Freuds eintrat. Sein nächstes Ziel war, in London mit der praktischen psychologischen Arbeit in Berührung zu kommen, und um dieses Vorhaben zu fördern, machte er sich seine früheren Erfahrungen mit der Tuberkulose zunutze und erlangte die Stellung eines *Assistant Tuberculosis Officer* am *Royal Chest Hospital.* Von dem Augenblick seiner Ankunft in London an begann er, die Gelegenheiten, auf dem Gebiete der klinischen Psychologie zu arbeiten, in Erfahrung zu bringen und trat 1918 dem Stab der neugegründeten *Medical Psychological Clinic* am Brunswick Square bei. Hier fand Glover seinen wahren Beruf. Seine ernsthafte und gründliche philosophische Schulung, seine große Belesenheit, sein Skeptizismus, sein Natur und Wissenschaft in gleicher Weise umfassender Überblick und vor allem die Kraft seines psychologischen Tiefblicks, all das fand seinen rechten Ausdruck in der klinischen Psychologie. Er unternahm alsbald eine Art von Analyse, zusammen mit Dr. Jessie Murray, die damals das Haupt und die tatsächliche Begründerin dieser Institution war, aber schon nach kurzer Zeit wurde er von einer wachsenden Unzufriedenheit mit der pseudo-analytischen Arbeit, wie sie dort im Schwange war, erfüllt. Noch während Dr. Murrays verhängnisvollen Krankheit, besonders aber kurz darauf, wurde er, da er zum Mitdirektor gemacht worden war, bald der Hauptverantwortliche für die Arbeit an der Klinik. Er beteiligte sich stets an allen verschiedenen Tätigkeitsgebieten der Klinik, wie an der Ausbildung von Studenten, an Vorlesungen an der angegliederten „*Orthopsychic Society*", an Plänen für die Weiterbildung der „*Hostel Patients*", die in den der Klinik angegliederten Instituten lebten, weiterhin an täglichen Konsultationen und an praktischer therapeutischer Arbeit. 1920 war er alleiniger Direktor der Klinik und *Medical Superintendant* der übrigen Institute.

Seine wachsende Erfahrung führte ihn sehr schnell zu dem Schluß, daß die Freudsche Methode, sich psycho-pathologischen Problemen zu nähern, die einzige war, die auf wissenschaftlichen Prinzipien aufgebaut war; und der entscheidende Wendepunkt trat ein, als er im September 1920 als Gast am Internationalen Kongreß für Psychoanalyse im Haag teilnahm. Dr. Murray wurde nach ihrem Tode durch Miß Turner ersetzt und ihre Rückkehr ermöglichte es ihm, im Dezember desselben Jahres nach Berlin zu gehen, um bei Dr. Karl Abraham seine Analyse zu beginnen. Bei seiner Rückkehr, Ostern 1921 (die Analyse wurde im folgenden Jahre wieder aufgenommen), nahm er seine Pflichten als Direktor der Klinik wieder auf, aber seine Über-

zeugung, daß diese Arbeit unbefriedigend sei, war nun sowohl bei der Heranbildung von Schülern wie bei der Behandlung gewaltig gewachsen. Er stand einer Arbeit gegenüber, die einem Mann von seiner sensitiven Natur äußerst widersprechend war und die ihn in starken Gegensatz zu seinen Kollegen stellte, denen er so viel schuldete: er mußte versuchen, eine Institution aufzulösen, für die er in so loyaler Weise gearbeitet hatte. Er schreckte vor dieser Aufgabe nicht zurück, vielmehr vollführte er sie mit einem so wunderbaren Zartgefühl, daß er keine verletzten Gefühle zurückließ. Eine sorgfältige Erforschung der Kräfte und Möglichkeiten der Klinik, zusammen mit einer Besprechung mit dem Vorstand der British Psycho-Analytical Society, zeigte ihm, daß es keine Möglichkeit gab, die Klinik auf adäquaten Grundlinien von neuem aufzubauen, und so lenkte er seine Bestrebungen dahin, sie bei geeigneter Zeit durch eine psychoanalytische Klinik zu ersetzen. Er sollte es gerade noch erleben, daß dieses Ziel, das ihm so viel bedeutete, erreicht wurde. Sein erster Schritt war, die Arbeit an der *Brunswick Square Clinic* zum Stillstand zu bringen, indem er sich weigerte, irgendeine andere Behandlung als eine echte psychoanalytische nach Freudschen Grundsätzen vorzuschreiben. Die Mitglieder des Exekutivkomitees unterstützten schließlich seine Bestrebungen, und das Resultat war, daß die Klinik geschlossen wurde. Bei einer Anzahl von Versammlungen, die dieser Entscheidung vorangingen, zeigten sich Glovers außerordentliche Qualitäten von ihrer besten Seite. Er hatte die größte Hochachtung für die enthusiastische Arbeit und für die Motive der Begründer, und er behandelte die letzteren stets mit Geduld und Höflichkeit, aber er zeigte auf der anderen Seite eine stählerne Entschlossenheit, die durch keinerlei Erwägungen oder Vorhaltungen beiseite geschoben werden konnte. Es war ein bezeichnender Triumph, daß er dieses Institut auflösen konnte, ohne irgendeinem seiner Mitglieder damit zu nahe zu treten.

James Glover wurde im Juni 1921 zum *Associate Member* der British Psychoanalytical Society gewählt, wurde im Oktober 1922 ordentliches Mitglied und wurde im Oktober 1924 in den Vorstand berufen. Kurz nach ihm trat auch sein Bruder, Dr. Edward Glover, der Gesellschaft bei, den er als einen würdigen Erben seiner Wirksamkeit zurückgelassen hat. James Glover war durchaus die Hauptstütze der Gesellschaft in all ihren Funktionen. Durch seine Beiträge, besonders bei den Diskussionen, brachte er unfehlbar in jeden dunklen Fall Licht, indem er sich eng an die klinischen Tatsachen seiner wachsenden Erfahrung hielt. Sein gesundes Urteil war ebenso unschätzbar in Hinsicht auf das, was man die externe Politik der Gesellschaft nennen könnte, wie sein Takt es in Hinsicht auf die interne war. Er spielte eine wichtige Rolle bei der Ausbildung junger Analytiker und war hervorragend in der Vorlesungsarbeit, die damals die Gesellschaft zu organisieren begonnen hatte. In den ersten Monaten des Jahres 1924 gab er einen Kursus von Vorlesungen über die Theorie der Psychoanalyse und in den ersten Monaten dieses Jahres einen weiteren über die Psychopathologie der Angstzustände; es ist wahrscheinlich, daß dieser letzte Kursus in Buchform veröffentlicht werden wird. Seine Vorlesungen waren durch die bemerkenswerte Klarheit der Darstellung und durch den Reichtum des Inhaltes charakterisiert. Sie waren immer eher für Fortgeschrittene angelegt, denn Glover hatte noch nicht die Erfahrung, die nötig ist, um sich dem Geiste

jüngerer Studenten anzupassen. Er hatte eine ausgezeichnete Vortragsweise, und wenige von denen, die seine Präsidentenrede in der Britischen Psychologischen Gesellschaft hörten, werden die starke Eindringlichkeit vergessen, mit der er die Fundamente der praktischen Psychopathologie erklärte. Glovers Qualitäten zeigten sich vielleicht am besten in der Debatte, zu der er häufig Gelegenheit hatte. Die unerbittliche Geschwindigkeit, mit der er sich auf einen Trugschluß in den Argumenten des Gegners stürzte, war ebenso charakteristisch wie seine vornehme Überzeugungskraft, mit der er plädierte, um jenem die Irrtümlichkeit seines Weges nachzuweisen.

Als das Institut für Psychoanalyse, zu dessen Direktorenstab er gehörte, gegründet wurde, wurde Glover während der Abwesenheit Dr. Rickmans mit der heiklen Aufgabe betraut, die *International Psycho-Analytical Library* auf den gegenwärtigen Verleger, die Hogarth Press, zu übertragen, und er vollendete diese Arbeit mit Geschick und kundiger Hand. Auch spielte er eine tätige Rolle bei der Einrichtung der Londoner Klinik für Psychoanalyse, für die die Vorbereitungen im Monat seines Todes eben beendet worden waren. Ihm wurde der Posten des Assistent-Direktors der Klinik zuerteilt und er sah dieser Arbeit, an der teilzunehmen es ihm nicht mehr vergönnt war, mit den höchsten Erwartungen entgegen.

Auch in der Medical Section der British Psychological Society spielte er eine hervorragende Rolle. Er nahm tätigen Anteil an den Diskussionen, wirkte im Komitee während dreier Jahre mit und war zur Zeit seines Todes Vorsitzender der Sektion.

*

Über James Glovers literarische Beiträge zur Psychoanalyse ist leider nicht sehr viel zu sagen, denn sie stehen in einem traurigen Mißverhältnis zu dem, was er offenbar hätte leisten können. Der Grund dafür ist zweifellos darin zu suchen, daß er immer zögerte, mehr zu veröffentlichen, als er gezwungen war zu tun, ehe sein wählerisches Wesen befriedigt werden konnte und man ihn überzeugt hatte, daß seine Erfahrung groß genug sei, um dem, was er zu sagen hatte, ein angemessenes Gewicht zu verleihen. Es wäre für die Wissenschaft gut, wenn andere Schriftsteller mehr ähnliche Skrupel in dieser Hinsicht hätten, obgleich das wie besonders in diesem Fall einen Verlust wertvoller Beiträge bedeuten könnte. Man kann sagen, daß er spontan von sich aus nicht eine einzige Schrift veröffentlichte, seine ganze Produktion (4 Schriften) wurde nur unter der direkten Überredung oder sogar unter dem Druck von seiten des Referenten veröffentlicht. Wie man aus der beigegebenen Bibliographie ersehen mag, waren die meisten seiner Beiträge in Form von Aufsätzen und Reden abgefaßt, die er auf Verlangen in verschiedenen Gesellschaften hielt. Glücklicherweise sind die Manuskripte verschiedener dieser Reden erhalten, und es ist zu hoffen, daß es möglich sein wird, einige von ihnen nachträglich zu veröffentlichen. Ein Anfang in dieser Richtung ist mit seiner Schrift „*Notes on an Unusual Form of Perversion*“ gemacht worden.

Da es keinen besonderen Sinn oder Zweck hätte, hier einen ausführlichen Auszug aus den Veröffentlichungen zu machen, die so leicht zugänglich sind, soll einiges über die Hauptpunkte gesagt werden, die Glovers gesamte psychologische Beiträge, auch die unveröffentlicht gebliebenen hinzugezählt, charakterisieren. Viele der Qualitäten, die einen Meister der Exposition aus-

machen, waren in ihm in einem hohen Maße entwickelt. Die beiden hervorragendsten waren vielleicht seine Klarheit und seine Fruchtbarkeit in Beispielen. Er besaß eine unübertreffliche Klarheit des Gedankens, verbunden mit einer machtvollen Eindringlichkeit; er schreckte niemals vor der Verwickeltheit einer bis ins Feinste ausgearbeiteten Überstruktur zurück und drang rasch zu den Grundlagen des zu behandelnden Gegenstandes vor. Sein Geschick in der Erklärung durch Beispiele ist auf seine reiche Phantasie zurückzuführen, der eine große Anzahl von Metaphern zur Verfügung stand, und auf die gewandte Geschwindigkeit, mit der sein Geist arbeitete, und die außerordentliche Schärfe seiner Beobachtungsgabe. Er belebte seine Beispiele oft durch einen freundlichen und eigenartigen ironischen Humor.

Obgleich Glover allen möglichen Aspekten der psychoanalytischen Arbeit sehr lebendig gegenüberstand, war er doch in erster Linie Arzt, und zwar einer ersten Ranges. Die einzigen Gebiete der angewandten Psychoanalyse, zu denen er beträchtliche Beiträge lieferte, waren die der Erziehung und der Bestrafung (sowohl individuell als auch juristisch.) Er war besonders interessiert in der Analyse der Reaktionsbildungen, des Hasses und des Sadismus, in der Analyse des Ichs und des Über-Ichs. In seiner ganzen Arbeit zeigt sich die besondere Art eines biologischen wie auch allgemein naturwissenschaftlichen Standpunktes, der vielleicht typisch englisch genannt werden kann; seine frühere philosophische Betätigung war also vollkommen umgewandelt worden.

*

Wie es oft mit genialen Menschen geschieht, deren Ausdrucksmöglichkeit in der Hauptsache auf dem Felde der persönlichen Beziehungen gelegen hat, so ist es auch hier nicht leicht, jenen, die seine Natur nicht kannten, James Glovers schillernden und verwickelten Charakter im ganzen klar zu übermitteln. Denn er war zweifellos genial, und die Tragödie ist nur, daß sein Genie eben fruchtbar werden und seinen höchsten Ausdruck finden wollte in dem Augenblick, als es plötzlich und für immer verlöschte.

Bis zu dem Moment, als er auf die Psychoanalyse stieß, waren seine Interessen, obgleich scharf und eindeutig, doch sehr unsystematisch. Von Natur war er ein unsteter Wanderer mit dem Herzen eines Seemanns, der am glücklichsten ist, wenn er über Länder und Meere ziehen kann. Mit einem lebendigen Sinn für das Komische oder gar Groteske verband er ein stetiges Interesse für die Narrheiten und Sonderbarkeiten des Lebens; die Seitenwege der menschlichen Natur zogen ihn mehr an als die herkömmlichen Pfade. Aber seine Einstellung war die einer objektiven Neugierde. Er war unfähig, harte und scharfe Urteile auszusprechen, und begegnete den menschlichen Schwächen und Gebrechen immer mit Zartheit. Am mildesten und feinsten behandelte er die, die am stärksten mit einem intensiven Minderwertigkeitsgefühl beladen waren. In seiner Gegenwart fühlte jeder die Meisterschaft, die er in bezug auf psychologische Kenntnisse und Einblicke erlangt hatte, aber niemand hatte, wenn er ihn verließ, das Gefühl des Kontrastes zwischen Meisterschaft und Halbnissen. Es fiel ihm nie ein, seine Überlegenheit dazu zu gebrauchen, anderen zu imponieren, oder sie zu verwirren. Er hatte nichts von einem Moralreformer und sehr wenig von einem Propagandisten an sich. Einmal sagte er lachend, daß seine erste Frage an einen werdenden Analytiker gewesen sei, ob es sein Verlangen sei, die Menschen

zu sichern, und wenn ja, daß dann die Psychoanalyse nicht für Ihn sei. Dies ist nie Jones' Interesse und weit daß man über ihn nachdenke. Gewiß ist ein Mann, dessen Anwesenheit eine wohlwollende, jedoch unersättliche Neugier ist, besser für die psychoanalytische Arbeit geeignet als einer, der sich wie ein Wesen oder Calvin benimmt.

Seine intellektuellen Überzeugungen standen unerschütterlich fest, aber er ging an jeder Schwierigkeit wegen irgendeiner zu beantwortenden Frage als ein Mann heran, dessen Leidenschaft der Wahrheit zu Hilfe zu kommen, von persönlichen Emotionen befreit ist. Die einzigartige Klarheit seines Geistes, die ununterbrochene leidenschaftliche Suche nach der Wahrheit, die Freiheit von emotionellen Reaktionen machten ihn für den Sprecher vor der Öffentlichkeit besonders geeignet. Diese Qualitäten traten besonders stark hervor in der Rolle, die er in der psychoanalytischen Bewegung spielte, seine persönliche Zurückhaltung und Bescheidenheit standen in schroffem Gegensatz zu dem glühenden Wunsche, die Arbeit auf irgend einem Wege, der seinen Kräften angemessen war, vorwärts zu bringen. Selbstsüchtiger Ehrgeiz war seiner Natur offenbarlich fremd und in unserem ganzen engen Verhältnis habe ich niemals auch nur einen Konflikt bemerkt zwischen persönlichen Interessen und den objektiven Bestrebungen unserer gemeinsamen Arbeit.

An der Seite dieser selbstverborgenen wissenschaftlichen Haltung ging ein ungewöhnlicher Reichtum des inneren emotionellen Lebens. Glover war ein Mann von außerordentlicher Sensibilität mit einer vorzüglichen poetischen Einbildungskraft. Eigenschaften, die einen besonders feinen Ausdruck in den Farben fanden, die er von Zeit zu Zeit wählte. Sogar sein wissenschaftliches Denken war auffallend reich an farbiger Illustration. Diese Sensibilität und diese Kraft der Imagination und vielleicht gar geeignet, seine bestrickende Kraft der Äußerung persönlich wie auch intellektuell, zu erklären. Eine Unterhaltung mit Ernest Glover war in ihrer Weichheit einer Gondelfahrt ähnlich. Gedanken wurden sofort ohne ein Zeichen der mindesten Reibung erfaßt und begriffen, ohne die Mißverständnisse, die Notwendigkeit näherer Erklärung und ähnliches, die meistens jeden persönlichen Verkehr charakterisieren. Diese besonders hohe gelungene Auffassungskraft war in anderen geistigen Prozessen ebenso hervorragend. Er konnte den Kern eines Buches in kürzester Zeit herausziehen, seinen Inhalt durch und durch erfassen und ihn jederzeit kraft seines außergewöhnlich sicheren Gedächtnisses zur Verfügung halten.

Zwei besondere Qualitäten machten daher den Intellekt aus, der vielleicht der Hauptanziehungspunkt der Persönlichkeit Glovers gewesen ist. Auf der einen Seite war seine Fähigkeit für unpersönliches, aber intensives Interesse besonders psychologischen Problemen gegenüber. Seine angeborene schottische praktische Klugheit, seine skeptische Einstellung und seine kühle kritische Kraft, die in einem strengen philosophischen Studium geschult worden war, vereinigten sich zu einer ungewöhnlichen Schärfe des Urteils. Auf der anderen Seite gaben ihm seine sensitive Einbildungskraft und sein intuitiver Scharfsinn eine Kraft des psychologischen Tiefblickes von seltenster Art. Diese Qualitäten konnten nicht besser als auf dem Gebiete der Psychoanalyse zusammentreffen, und es ist nicht verwunderlich, daß er gleichzeitig ein hervorragender Künstler in der Technik der psychoanalytischen Arbeit und

ein Meister ihrer Theorie wurde. Ein abstruses psychologisches Problem mit ihm zu diskutieren war ein ästhetisches Vergnügen. Man kann seinen Intellekt nur mit bildlichen Wendungen umschreiben: Leuchtend und strahlend wie ein Diamant, kompakt wie Stahl, scharf wie ein Degen, mit einer Beweglichkeit von der Schnelle eines Adlers. Man trifft im Leben nur wenige solcher Geister. Es ist erstaunlich, daß ein so freier und in seinen Funktionen so geschmeidiger Geist doch schwere, ungelöste Konflikte in sich tragen konnte, von denen unzweifelhafte Anzeichen existierten, auch war es nicht weniger erstaunlich, daß jemand in so wenigen Jahren eine solch umfassende und gründliche Kenntnis der gesamten Theorie und Praxis der Psychoanalyse erlangen konnte, wie es bei Glover ohne Frage der Fall war; die Antwort auf diese Rätsel, die im Grunde genommen, nur eines sind, würde uns mancherlei über die Natur dessen lehren, was wir Genie nennen.

Es besteht kaum ein Zweifel, daß, wenn James Glover noch weitere zehn Jahre gelebt hätte, er eine der hervorragendsten Erscheinungen in der Geschichte der Psycho-Pathologie geworden wäre, wie er innerhalb der Psychoanalyse auf dem Wege war, es zu werden; er hätte unschätzbare originale Beiträge zu unserer Kenntnis über diesen Gegenstand beigesteuert und den Umfang dieser Wissenschaft weitgehend vergrößert. Durch seinen frühzeitigen Tod erleidet die psychoanalytische Wissenschaft einen unschätzbaren Verlust.

Ernest Jones[1]

Veröffentlichungen und Vorträge von James Glover (†):

IJPsA = International Journal of Psycho-Analysis
BPsAS = British Psycho-Analytical Society
BJMPs = British Journal of Medical Psychology
MSBPsS = Medical Section of the British Psychological Society

1) Punishment. Vortrag in der Howard Penal Reform League am 12. Dezember 1919. Veröffentlicht in dem Penal League's Record im Juni 1920.

2) An Unconscious Factor in Sex Antagonism. Vortrag in der British Society for the study of Sex Psychology am 28. März 1922.

3) Notes on the Psychopathology of Suicide. Vortrag in der BPsAS am 3. Mai 1922. (Auszug des Autors im IJPsA, Bd. III, S. 507/8.)

4) The Common Sense of Psycho-Analysis. Vortrag in der Cheltenham Education Society am 9. März 1923.

5) The Psycho-Analysis of Hate and Sadism. Vortrag in der MSBPsS am 27. Juni 1923.

6) Man the Individual. Vortrag im Rahmen der Sociological Society im Oktober 1923. Veröffentlicht als Kap. 2 der „Social Aspects of Psycho-Analysis". (Herausg. von E. Jones) 1924.

7) Notes of a case in wich a patient produced a wealth of hallucinatory material, which proved to be a form of resistance. Mitgeteilt in der BPsAS am 2. Januar 1924. Veröffentlicht im IJPsA, Bd. V, S. 504/5.

8) Recent Advances in the Relation of Psycho-Analysis to Education. Vortrag in der Teacher's Conference im Rahmen der Educational Section of the British Psychological Society am 22. Januar 1924.

9) A Note on the Female Castration Complex. Mitgeteilt in der BPsAS am 19. März 1924.

10) Abstract and Criticism of Rank's book: „Das Trauma der Geburt" (zusammen mit Dr. E. Glover). Mitgeteilt in der BPsAS am 2. April 1924.

1) Ich möchte Herrn Dr. Edward Glover und Miß Sharpe für die Hilfe danken, die sie bei der Vorbereitung dieser Gedenkschrift geleistet haben. — E. J.

11) **Notes on an Unusual Form of Perversion.** Vortrag auf dem VIII. Internat. PsAKongreß in Salzburg, den 21. April 1924. Auszug des Autors in IJPsA, Bd. V, S. 392. Erweitert in IJPsA, Bd. VIII, S. 10.

12) **Psycho-Analysis and Education.** Vortrag in der Headmasters' Association, Eastbourne am 21. März 1925.

13) **The Conception of Sexuality.** Vortrag in der MSBPsS am 25. März 1925. Veröffentlicht im BJMPs, Bd V, S. 175—188 u. 196—207.

14) **The Child in Utopia.** Vortrag in der Child Study Society, Cambridge, am 8. Mai 1925.

15) **Biological Lies.** Vortrag in der Heretics Society, Cambridge, am 10. Mai 1925.

16) **Nature of the Cultural Barriers against Sexuality.** Vortrag in der British Society for the Study of Sex Psychology am 14. Mai 1925.

17) **Child Analysis.** Vortrag im Eastbourne College im Juli 1925.

18) **Freud and his Critics.** Veröffentlicht in „Nation and the Athenaeum" am 31. Oktober und am 14. November 1925.

19) **Divergent Tendencies in Psychotherapy.** Präsidentenrede in der MSBPsS am 17. Dezember 1925. Veröffentlicht im BJMPs, Bd. VI, S. 93—109.

20) **The Conception of the Ego.** Veröffentlicht im IJPsA, Bd. VII, S. 414—419, und in der Int. Zschr. für PsA. Bd. XII, S. 286—291.

I. Bericht über das „Seminar für psychoanalytische Therapie"

am Psychoanalytischen Ambulatorium in Wien (1925/26)

In der klinischen Psychoanalyse steht die Möglichkeit des gemeinsamen Studiums am Krankenbett nicht offen, ein Mangel, dem von Freud seinerzeit große Bedeutung beigemessen wurde. So entsprang vor fünf Jahren der Gedanke, ein Seminar für psychoanalytische Therapie zu gründen, dem dringenden Bedürfnis nach geeignetem Ersatz. Die Durchführung solcher gemeinsamen Arbeit begegnete anfangs großen Schwierigkeiten, von denen drei hervorgehoben seien:

1. Die begreifliche Scheu, vor größerem Forum begangene Fehler zu berichten oder nachgewiesene Fehler einzusehen. Und doch war von Anbeginn klar, daß man nur an den Mißerfolgen lernen kann.

2. Die Darstellungen der Krankheitsfälle waren entweder unzulänglich, oder sie verloren sich in langatmiger Schilderung von Details; eine Übersicht war nicht zu gewinnen. Die Kunst des analytisch-klinischen Referats mußte erst gelernt werden.

3. Die größte Schwierigkeit bereitete das Problem, wie der reiche und mannigfaltige Stoff, den jeder Fall bot, gewinnbringend aufgearbeitet werden konnte. Referate und Diskussionen waren systemlos, es gab zu viel zu besprechen, darunten litten die Resultate der Besprechungen.

Ein neuer Versuch, der im letzten Jahre unternommen wurde, diesen Schwierigkeiten planvoll zu begegnen, kann — dank den Erfahrungen, die in den verflossenen vier Jahren gesammelt wurden — als gelungen betrachtet werden, so daß dieser für die breitere Öffentlichkeit bestimmte Bericht gerechtfertigt erscheint.

Die Seminarsitzungen finden zweiwöchig einmal statt. Ständige Teilnehmer sind alle Schüler und Absolventen des Lehrinstituts. Der Besuch des Seminars ist obligatorisch, doch mußte niemand an die „Pflicht" gemahnt

werden. Auch einige ältere Mitglieder der Vereinigung zählen zu den ständigen Mitarbeitern. Im ganzen schwankt die Zahl der Teilnehmer zwischen zwölf und zwanzig.

Es wurden von der Leitung des Seminars nur solche Fälle zur Besprechung bestimmt, die große Schwierigkeiten boten, oder solche, bei denen Fehler begangen wurden. So verlor sich sehr bald die Scheu vor der Besprechung von Mißerfolgen.

Erfreuliche Fortschritte machten die Mitarbeiter des Seminars auch in der Darstellung der Fälle. Die Referate wurden übersichtlich und klar und bereiteten durch gut formulierte Fragestellungen die Diskussion vor. Dazu hatte ein Schema verholfen, das für die Form der Referate entworfen wurde und sich bei den meisten Fällen als brauchbar erwies:

1. Symptome und Charakter des Kranken.
2. Allgemeine Geschichte des Falles (Milieu, Eltern, Geschwister, aktuelle Konflikte usw.).
3. Die aktuelle Schwierigkeit in der Analyse (ausführlich).
4. Das zu ihrem Verständnis notwendige, bereits ermittelte unbewußte Material.
5. Die Entwicklung der Übertragung und des Übertragungswiderstandes.
6. Fragestellung.

Es wurde sehr darauf geachtet, daß sich die Schilderung nicht in nebensächliche Details oder in Material verlor, das mit der problematischen Widerstandssituation nur entfernt zusammenhing. Fehler des Referats wurden in der Diskussion hervorgehoben und, so weit möglich, korrigiert.

Die Bedeutung des Referats für den Erfolg der Diskussion kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Ansicht, daß Analysen nicht darstellbar seien, beruht auf einem Irrtum. Es gehört nur Geduld und viel Übung und Ertragenkönnen wiederholter Fiaskos dazu, es zu erlernen. Mit dankenswerter Bereitwilligkeit unterzogen sich die Mitarbeiter dieser Mühe und die Referate wurden von Sitzung zu Sitzung besser. Allerdings, wer wohlgemeinte Ausstellungen an seiner Leistung nicht zu hören vermag, wird in gemeinsamer Arbeit seine Mühe nur verschwendet haben. — Bis auf vereinzelte Fälle wurde am angegebenen Schema streng festgehalten. So kam Ordnung ins Referat, ohne daß seine Freizügigkeit darunter gelitten hätte, und man verstand einander besser, weil man sozusagen nur eine Sprache sprach.

Sehr fruchtbar wurde das Prinzip, sich in die Theorie des Falles nicht weiter einzulassen, als die zu besprechende Widerstandssituation es erfordert. In der gleichen Weise wurden die Diskussionen gehandhabt. Frühere Erfahrungen hatten nämlich gelehrt, daß man ins Uferlose gerät, wenn man auf alle Probleme des Falles zugleich eingeht. Jeder pflegt dann das ihn Interessierende herauszugreifen, die Diskussion verliert den Charakter einer gemeinsamen Besprechung und wird steril. Dieser Klippe konnte man nur durch das — bloß im Beginne — auferzwungene Schema entgehen, an das jeder gebunden war. Die Diskussionen blieben anregend und konzentrierten sich immer auf den wesentlichsten Punkt. Dementsprechend waren auch die Ergebnisse zumeist befriedigend, und wenn einmal eine Situation nicht restlos geklärt wurde, so hatte man doch wenigstens e i n e Schwierigkeit von a l l e n Seiten besehen und allein dadurch gewonnen.

Nicht nur formal, auch inhaltlich wurde systematisch gearbeitet. So war das Gesamtprogramm des vergangenen Jahres äußerst begrenzt.

Das für mehrere Jahre — probeweise — entworfene Programm enthielt:

1. Studium einzelner Widerstandssituationen.

2. Studium der Ursachen analytischer Erfolge und Mißerfolge an einzelnen Fällen und an Krankheitsgruppen (Theorie der psychoanalytischen Therapie).

3. Katamnestische Erfahrungen und Studium der prognostischen Kriterien.

Im vergangenen Jahre war die ganze Arbeit nur dem ersten Punkte gewidmet. Durch eingehende und zahlreiche Besprechungen verschiedenster Widerstandssituationen ergaben sich automatisch Typen, so daß der zweite Programmpunkt gründlich vorbereitet wurde. Entsprechend dem ersten Programmpunkte kamen vorwiegend solche Fälle zur Besprechung, die drei bis sechs Monate in Behandlung standen und nicht abgeschlossen waren. Daneben wurden auch einige Fälle behandelt, die ein und zwei Jahre in Analyse waren, allerdings dem Stande der Behandlung nach zu jenen zu rechnen waren. Die gleichen Fälle werden im nächsten Jahre in Bezug auf die Theorie der Therapie besprochen werden.

Bei der Besprechung technischer Probleme hat sich das Prinzip eingebürgert, auf die Frage des Referierenden, was er nun tun solle, erst dann einzugehen, wenn die Situation soweit geklärt war, daß sich die Antwort fast von selbst ergab. Das ist wichtig — und selbstverständlich. Geht man anders vor, sagt jeder seine Meinung, ohne daß die Situation vorher theoretisch geklärt wurde, so bleibt alles Gesagte eben Ansichtssache, der Fragesteller weiß nachher nicht mehr als zuvor, und die Situation bleibt ungeklärt. Für andere ähnliche Fälle ist damit nichts gewonnen. Hält man aber an dem genannten Prinzip fest, ja, zieht man es gegebenenfalls vor, auf eine Entscheidung zu verzichten, so überzeugt man sich vom Wert des Grundsatzes der Psychoanalyse: „Erst verstehen, dann handeln". Die Antwort drängt sich von selbst auf, wenn man verstanden hat — im Seminar ebenso wie im analytischen Alltag.

Dabei zeigte es sich, was Ferenczi von seinen „aktiven" Eingriffen seinerseits selbst sagte, daß sie als wichtige Notbehelfe solange nicht zu entbehren sind, als die entsprechenden analytischen Schwierigkeiten unverstanden bleiben. Oft war der eine oder andere Teilnehmer an der Diskussion der Ansicht, daß man „aktiv" vorgehen, d. h. mit Gebot und Verbot operieren müßte, bis die Diskusssion Klarheit schuf und dadurch auch jede Aktivität, die über die Auflösung der Widerstände hinausgeht, überflüssig wurde. Im allgemeinen konnten wir lernen, daß durch Verbote und Gebote Widerstände nur gebrochen, nicht aufgelöst werden können, daß man aber in der konsequenten Deutung (Auflösung) der Widerstände nicht aktiv genug, darüber hinaus nicht passiv genug sein kann. So entstand unser Grundsatz: Keine Sinndeutung, wenn eine Widerstandsdeutung notwendig ist. Ein typischer Fehler, der ganz allgemein begangen wird, ist das umgekehrte Verfahren: Angst, Widerstände anzugehen oder gelegentlich sogar zu provozieren, und allzu großer Mut in der Deutung der Träume und des Sinnes der Symptome. Die Frucht ist eine chaotische Situation.

Die Besprechung so zustande gekommener „chaotischer Situationen" nahm einen breiten Raum ein. Es ist ferner bemerkenswert, daß von fünfzehn Sitzungen acht mit der Besprechung von Fällen ausgefüllt waren, deren Analyse an Schwierigkeiten der negativen Übertragung zu scheitern drohte. Bei diesem Problem, das immer wiederkehrte, spielte das Übersehen der negativen Übertragung die Hauptrolle. Überdies wurden vereinzelt besprochen: Schwierigkeiten bei pseudologia phantastica, bei sadistischer Übertragung, bei Affektlahmheit u. a. m.

Die Publikation reifer Ergebnisse ist beabsichtigt. Das wichtigste Ergebnis des heurigen Jahres war gründliche Durcharbeitung der Technik der negativen Übertragung. — Im Juni 1926 fanden vier Schlußreferate an zwei Abenden statt, von: 1. R. Sterba: Über latente negative Übertragung (wird publiziert). — 2. Fr. G. Bibring: Über den sadistischen Übertragungswiderstand. — 3. Fr. Schaxel: Über masochistische Widerstände. — 4. W. Reich: Handhabung der Übertragung und geordnete Widerstandsanalyse (wird publiziert).

*

Die weitere Entwicklung unseres Seminars wird zeigen, ob die geeignete Form für gemeinsame klinische Arbeit wirklich gefunden wurde. Daß vier Jahre ständiger Fehlgriffe nötig waren, zeigt, wie schwer die technischen Probleme zu handhaben sind. Nicht nur die praktische Bedeutung der Technik, auch die offensichtliche Vernachlässigung aller Fragen der Therapie und das Überwuchern der Theorie in der analytischen Literatur rechtfertigt solche Institute.

Ihr Verhältnis zu den Lehrinstituten ist dadurch bestimmt, daß sie fortzuführen haben, was hier begonnen wurde. Das Lehrinstitut leistet die Einführung in die Psychoanalyse, übermittelt dem Lernenden das bereits Bekannte, nicht mehr Problematische; das Seminar dient der Fortbildung und Forschung. Auch einem Nachteil im System der Kontrollanalyse wirkt das Seminar entgegen. Unwillkürlich übernimmt der Schüler die individuell gefärbte Technik seines Kontrollanalytikers. Erst im Kampfe der oft widersprechenden Ansichten, die im Seminar laut werden, — nicht zuletzt auch mit Hilfe des weit reicheren Materials und der von verschiedenen Persönlichkeiten gelieferten Darstellungen, — kann er sich eine eigene, doch richtige Technik aneignen.

Fraglos bleiben große Entwicklungsschritte auf dem Gebiete der Therapie Leistungen einzelner. Das richtige Gesamtbild unseres praktischen Könnens kann nur eine seminaristische Gemeinschaft geben. Sie zeigt das Durchschnittsniveau in der Entwicklung und läßt jene Einseitigkeiten und Widersprüche in der Auffassung der Wege und Ziele der Therapie vermisssen, die unvermeidlich sind, wenn jeder für sich arbeitet. Anläßlich von Diskussionen kann man sehen, daß selbst in primitivsten Fragen der Therapie die Meinungen weit auseinander gehen. Und doch gibt es — wie Eitingon schrieb — nur eine Technik, nämlich die richtige.

Sie zu erlernen und in systematischer Arbeit zu vervollkommnen, all die Möglichkeiten auszuschöpfen, die uns Freud mit seiner kausalen Neurosentherapie eröffnet hat, — unbeirrt von pessimistischen oder optimistischen Strömungen in der Psychoanalyse, — das ist die Aufgabe unseres Seminars.

Für die Leitung:
W. Reich

Eröffnung einer psychoanalytischen Klinik in Berlin

Über die Eröffnung einer Psychoanalytischen Klinik (Sanatorium Schloß Tegel) in Berlin-Tegel macht der Leiter der Anstalt der Ärzteschaft durch folgendes Rundschreiben Mitteilung:

„Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich gestatte mir die Mitteilung, daß am 1. April d. J. das Sanatorium Schloß Tegel (am Tegeler See bei Berlin) unter meiner Leitung neu eröffnet wird und den Charakter einer Psychoanalytischen Klinik tragen soll.

Ich beabsichtige, hier die Psychoanalytische Methode Freuds, die bisher nur dem ausgehfähigen, die ärztliche Sprechstunde aufsuchenden („ambulanten") Neurotiker erreichbar war, weitgehend in den Dienst klinisch kranker Menschen zu stellen.

Die Psychoanalytische Klinik will also in erster Linie solchen Kranken dienen, die infolge der Schwere und Ausdehnung ihres neurotischen Symptombildes ambulant entweder gar nicht behandelt werden können, oder bei denen sich die ambulante Behandlung allein als unzureichend erweist, um den Heilerfolg — in den gegebenen zeitlichen Grenzen — zu erzielen.

Dahin gehören sowohl fortgeschrittene Zwangsneurosen und Phobien (und viele andere Fälle von Straßenangst) wie auch zahlreiche hysterische Erkrankungen, bei denen funktionelle Organstörungen die Existenzfähigkeit des Kranken — oft sehr weitgehend — beeinträchtigen: komplizierende Herzneurosen, Neurosen des Respirations- (Asthma) und des Ernährungstraktes (Anorexie, Oesophagospasmen, Hyper- und Anacidität, Indigestionen und Obstipationen), Neurosen des Harn- und Genitalapparats (nervöse Poly- und Pollakisurien, schwere Dysmenorrhoen usw.).

Als zweites — gleich wichtiges — Arbeitsgebiet stellt sich die Psychoanalytische Klinik die Aufgabe, den Süchtigen aller Art: Morphinisten, Kokainisten, Alkoholisten, gegebenenfalls auch den unfreiwillig an Schlafmittel Fixierten (Veronalisten, Chloralisten, Paraldehydisten usw.) eine wirklich systematische Behandlung zu gewährleisten, die der Psychogenese, also der eigentlichen Wurzel dieser Leiden, gerecht wird. Das bedeutet, es soll eine Abstinenz nicht, wie bisher üblich, durch das mechanische Mittel des Zwanges oder der stufenweisen Abgewöhnung erzielt werden, was bekanntlich meist zu Recidiven führt; sondern durch eine gleichzeitig mit der Entziehung des Rauschgiftes durchgeführte psychoanalytische Behandlung soll die dem Rauschbedürfnis stets zugrundeliegende neurotische Seelenstörung geheilt und damit die Wiederkehr der „Sucht" verhütet werden.

Zu den Süchten rechne ich auf Grund gewisser Erfahrungen auch die Spielleidenschaft, die ebenfalls eine Einschränkung des Kranken im Genusse seiner Spielsucht zur konsequenten Durchführung ihrer Behandlung notwendig macht.

Es ist zu erwarten, daß durch die in einem Sanatorium mögliche Intensivierung der psychoanalytischen Behandlung therapeutische Erfolge bei den hier in Frage kommenden Krankheiten in weit kürzeren Zeiträumen zustande kommen werden, als sie bei ambulanter Behandlung möglich sind. Es wäre demnach verfehlt, für die Behandlungsdauer des Neurotikers in der Klinik

die gleichen zeitlichen Maßstäbe anzulegen, die für eine ambulante psychoanalytische Kur gelten.

In das Aufgabengebiet der psychoanalytischen Sanatoriumsbehandlung gehört ferner jegliche Art von nicht konstitutionell bedingten Charakterfehlentwicklungen, speziell von Jugendlichen und Kindern, die eine besondere Überwachung auch außerhalb der psychoanalytischen Behandlungsstunden notwendig machen (z. B. soziale Gefährdung durch Kleptomanie u. ä.).

Die Indikation für einen kurzdauernden vorübergehenden Aufenthalt in einem Psychoanalytischen Sanatorium scheint mir in prophylaktischer Hinsicht auch gegeben, wenn relativ zu erhebliche aktuelle Schwierigkeiten und Konflikte (z. B. bei Ehezerrüttungen) Persönlichkeiten mit allgemeiner Insuffizienz bedrohen. Die Gefahr mißglückter Konfliktbewältigung mit ihrem häufigen Ausgang in weitergehender Erkrankung („Flucht in die Krankheit") oder auch Selbstmord, wird oft vermieden werden können, wenn dem Leidenden in einem neutralen Milieu die Möglichkeit geboten wird, in die unbewußten, oft neurotischen Ursachen der konfliktbildenden Kräfte Einblick zu gewinnen.

Das Sanatorium soll endlich als Psychoanalytische Klinik in immer fortschreitendem Maße dem Zweck dienstbar gemacht werden, komplizierte und langwierige organische Erkrankungen, bei denen eine psychische Komponente deutlich den Heilvorgang behindert und aufzuheben droht, von psychotherapeutischer Seite her anzugehen. Ich beabsichtige, solche Behandlungen unter der konsultativen Mitarbeit berufener Spezialkollegen, beziehungsweise der bisher behandelnden Ärzte durchzuführen. Auf Grund gewisser Erfahrungen rechne ich zu Krankheiten, die durch Störungen im Affekthaushalt wesentlich mitbedingt sind: Dysfunktion der Drüsen mit innerer Sekretion, speziell der Schilddrüsen, des sympathischen und parasympathischen Nervensystems (Vagotonie, Sympathikotonie), Dysfunktion der Gallentätigkeit im besonderen wie der Stoffwechselerkrankungen im allgemeinen.

Zum Schluß darf ich darauf hinweisen, daß die weitläufige Anlage des Sanatoriumbaues gestattet, die Patienten in behaglichen Zimmern so unterzubringen, daß sie gegebenenfalls nicht störend aufeinander einwirken. — Um dem Zwecke einer individuellen Behandlung vollkommen gerecht zu werden, ist die ärztliche Versorgung so gedacht, daß unter der Mitarbeit und verantwortlichen Leitung des Unterzeichneten im Höchstfalle nur zehn Patienten von einem Arzt zu betreuen sind. — Auch wird eine besondere Sorgfalt und Auswahl auf das Krankenpflegepersonal verwandt, damit es den speziellen Aufgaben und Anforderungen dieses Sanatoriums gewachsen ist.

Für die Wahl des Schlosses Tegel als Arbeitsstätte der Psychoanalytischen Klinik und Heilstätte für kranke und seelisch leidende Menschen war für mich der Reiz der Landschaft entscheidend. — Trotz der Nähe von Groß-Berlin liegt das Sanatorium in friedlicher Ruhe inmitten eines 25 Morgen großen alten Parkes am Ufer des Tegeler Sees. Der Charakter der Landschaft, der vor 100 Jahren Wilhelm von Humboldt bewog, hier seine Arbeits- und Heimstätte zu finden, ist in seiner harmonischen Geschlossenheit noch heute unverändert. — In kollegialer Hochachtung Dr. med. Ernst Simmel."

Zum Spinozistenkongreß

Auf dem Spinozistenkongreß, der sich an die Gedächtnisfeier des 250. Todestages Spinozas am 21. bis 24. Februar im Haag anschloß, hielt unter anderen Sanitätsrat Dr. Wanke einen Vortrag über „Spinoza und die Psychoanalyse". Nach einer kurzen Einleitung über das Wesen der Psychoanalyse verglich er deren Grundlehren, die er in knapper Form gebracht hatte, mit den betreffenden Lehrsätzen von Spinozas Ethik, wobei sich in ganz überraschender Weise eine Fülle charakteristischster Übereinstimmungen ergab, die durch Anwendung der psychoanalytischen Fachterminologie bei Übersetzung der lateinischen Lehrsätze Spinozas besonders frappierend war, ohne daß dadurch dem ursprünglichen Sinn ein neuer untergeschoben worden wäre. Besonders ertragreich für den Vergleich ist natürlich der dritte Teil der Ethik, der von den Leidenschaften handelt. Es sei hier nur ein kleiner Überblick geboten, zumal Dr. Wanke die Absicht hegt, das Thema selbst ausführlich in Buchform zu behandeln.

Einer der grundlegenden Gedanken Spinozas ist: Alles Geschehen, also auch das psychische, ist notwendig; der Wille ist nicht frei. Darum ist es möglich und zugleich notwendig, auch die psychischen Vorgänge zu begreifen. Man soll die Menschen nicht verlachen und nicht betrauern, sondern erkennen. Die Leidenschaften teilt Spinoza grundsätzlich in zwei Gruppen: in diejenigen, die die Schaffenskraft der Seele fördern, und in die, die sie hemmen. Ein Affekt kann durch einen anderen überstimmt werden (z. B. Ethica III, 38 et 44), mehrere Affekte können sich einander assoziieren; aus Anlaß ein und derselben Sache können verschiedene, einander entgegengesetzte Affekte in der Seele hervorgerufen werden (Ambivalenz; Eth. III, 14); alle Affekte aber können dadurch, daß sie und ihre Ursachen erkannt werden, als solche aufgehoben und vernichtet werden: beruht doch die Ohnmacht der Seele lediglich auf ihren falschen und inadäquaten, d. h. zum Teil unbewußten Vorstellungen. Auch die psychischen Tatsachen, die die Psychoanalyse mit Verdrängung, Narzißmus, Flucht in die Krankheit, Minderwertigkeit usw. bezeichnet, kannte Spinoza und hat sie dargestellt. Wie gesagt, dies ist nur ein ganz kleiner Ausschnitt, bzw. Überblick aus dem reichen Material, das der Vortragende behandelte. Schlerath (Hannover)

Deutschland

Berlin

Frau Dr. Karen Horney hielt am 17. Dezember 1926 in Berlin auf Einladung der „Ärztlichen Gesellschaft für Sexualforschung und Eugenik" einen Vortrag über den „Männlichkeitskomplex der Frau", der, wie die anschließende Diskussion zeigte, sehr beifällig und verständnisvoll aufgenommen worden ist.

Hamburg

Der von der „Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft" veranstaltete einführende Vortragszyklus wurde im Winter 1926/27 fortgesetzt. Am 10. Oktober 1926 sprach Dr. F. Alexander über „Allgemeine Neurosenlehre", am 12. Dezember 1926 Dr. Ernst Simmel über die „Organneurosen", am 20. Februar 1927 Frau Dr. Karen Horney über „Frigidität und andere weibliche Funktionsstörungen im Lichte der PsA." und schließlich am 10. April 1927 Dr. Otto Fenichel über „Die Hysterie in psa. Betrachtung".

Die Kurse, für die das große städtische Krankenhaus St. Georg in liebenswürdiger Weise einen Hörsaal zur Verfügung gestellt hat, erweckten lebhaftes Interesse und wurden von zahlreichen praktischen Ärzten und Spezialärzten besucht. W.

Leipzig

Die von Frau Dr. Benedek geleitete PsA. Arbeitsgemeinschaft in Leipzig veranstaltete einen vier Abende umfassenden Einführungskurs „Die Grundbegriffe der Psychoanalyse". Der Kurs wurde von Dr. Bernfeld (Berlin) abgehalten und von über 150 Hörern besucht. — Die interne Arbeit der Gruppe erstreckte sich auf die seminaristische Besprechung der Neuerscheinungen der psa. Literatur.

Im Psychologischen Institut des Leipziger Lehrervereines leitete Herr Ranft eine Arbeitsgemeinschaft, die sich mit dem Studium der Schriften Freuds befaßte und schwierige Erziehungsfälle der Praxis diskutierte. Herr Ranft hielt ferner je einen zwölfstündigen Einführungskurs in die PsA. in den Bezirkslehrervereinen Leipzig-Land und Oschatz. Weigel (Leipzig)

Frankreich

Dozent Dr. Felix Deutsch (Wien) hielt am 23. Dezember 1926 auf Einladung des *„Groupe d'études philosophiques et scientifiques pour l'examen des tendances nouvelles"* an der Sorbonne in Paris einen Vortrag über den „Einfluß des psychischen auf das organische Leben".

Rußland

Dr. M. Wulff legt Wert auf die Feststellung, daß seine Privatdozentur für Psychoanalyse an der II. Moskauer Universität, über die in Heft 4 des vorigen Jahrganges an dieser Stelle berichtet wurde, mit der Kinderklinik nichts zu tun hat, sondern einem selbständigen Lehrauftrag entspricht, der ihm bereits vor zwei Jahren erteilt wurde. Doz. Dr. Wulff hält an der Universität Vorlesungen über Psychoanalyse und leitet an der dortigen psychiatrischen Klinik ein psychoanalytisches Seminar, das auf Anregung des Direktors der Klinik, Prof. Giliazowsky, eingerichtet worden ist. — In Moskau werden zweimal jährlich viermonatige Fortbildungskurse für ausübende Psychiater aus allen Teilen der Sowjetrepublik abgehalten; an diesen Kursen hält Doz. Dr. Wulff regelmäßig ein wöchentlich zweistündiges Spezialkolleg über Psychoanalyse.

Die Russische Psychoanalytische Vereinigung veranstaltete im Winter 1926/27 zehn Vorlesungen für „Pädologen“ (d. h. Ärzte, die in Kinderhäusern, Schulen usw. arbeiten). Die einleitende Vorlesung hielt Doz. Dr. Wulff über „Kinderpsychologie vom psychoanalytischen Standpunkt“. Frau Dr. Wera Schmidt las über psychoanalytische Pädagogik, Frau Dr. Simson über Nerven- und Geisteskrankheiten der Kinder. Die Vorlesungen haben Beifall gefunden und wurden von etwa 60 Hörern besucht.

Tschechoslowakei

Anläßlich des 70. Geburtstages Prof. Freuds veröffentlichte Dr. Jar. Stuchlik, Primararzt an der staatlichen Anstalt für Geisteskranke in Košice, in der in Prag erscheinenden ärztlichen Fachzeitschrift „Praktický lékař“ und in der „Bratislavaer lekárské Listy“ je einen Aufsatz. Aus demselben Anlaß widmete der Košicer tschechoslowakische Ärzteverein eine Sitzung der Psychotherapie, in der Dr. Stuchlik die Festrede über Prof. Freud hielt.

Ungarn

Mit dem im November 1926 abgehaltenen Kongreß der ungarischen Psychiater bot sich der ung. psa. Gruppe eine Gelegenheit, vor den offiziellen Vertretern der Neurologie und Psychiatrie der psychoanalytischen Lehre Gehör zu verschaffen. Dr. Hollós wurde von der Kongreßleitung selbst zum Referat aufgefordert, auf Ferenczis Anregung wurden noch zwei Vorträge angemeldet. Der präsidierende Ministerialrat Dr. G. Oláh, em. Direktor der staatl. Irrenanstalt Leopoldfeld, hob schon in seiner Eröffnungsrede die Bedeutung der Psychoanalyse hervor, ohne für oder wider Stellung genommen zu haben. Auch wurde in einigen nichtanalytischen Vorträgen auf psychoanalytische Gesichtspunkte verwiesen (z. B. Prof. Sarbó), natürlich kamen auch fehlerhafte Hinweise vor. Analytische Vorträge hielten: Dr. I. Hollós über Psychiatrie und Psychoanalyse; Dr. M. J. Eisler über die psychologische Analyse eines Wahngedankens; Dr. I. Hermann über qualitative Denkunterschiede und die Intelligenz. — Den unmittelbar nacheinander abgehaltenen Vorträgen folgte eine bewegte Aussprache mit vielen Diskussionsteilnehmern. Ein reaktionär gesinnter junger Assistent der Universität Budapest hielt eine heftige, politisch gefärbte Angriffsrede, jedoch machten die älteren Psychiater, darunter Professoren, alle gegen ihn Front, so daß ein Teil der lokalen Widerstandsmotive von Nichtanalytikern aufgedeckt wurde. Auf wissenschaftliche Argumente kam es natürlich in der Diskussion wenig an.

Hermann (Budapest)

Die „Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik“

gründeten Oktober 1926 Dr. Heinrich Meng, Stuttgart, und Professor Dr. Ernst Schneider, Riga (Hippokrates-Verlag, Stuttgart-Berlin-Zürich). Der Zweck

der Zeitschrift geht aus dem Einführungsaufsatz der Herausgeber hervor, dem wir folgendes entnehmen:

„Die Zeitschrift wird der Pädagogik dienen, der theoretischen wie der praktischen, und zwar soweit wie die Psychoanalyse dies vermag. Sie wird in erster Linie Arbeiten bringen, die aus der Praxis hervorgegangen, d. h. an Erfahrung und Beobachtung orientiert sind. Dabei denken wir zuerst an Ergebnisse der Anwendung des psychoanalytischen Verfahrens an Kindern und Jugendlichen oder an Erwachsenen, deren Kindheit zum Gegenstand analytischer Erforschung gemacht wurde. Dann kommt jene Erfahrung in Frage, die dem psychoanalytisch eingestellten Erzieher bei seinen verschiedenen Erziehungsleistungen in Schule und Haus, in der Anstalts-, Heil- und Fürsorgeerziehung, in der Lehrerbildung, in der Erziehungs- und Berufsberatung, bei charakterologischen Untersuchungen (Psychodiagnostik) usw. erblüht. Im weiteren wenden wir unsere Aufmerksamkeit der Förderung jener Gebiete zu, die für den Erzieher bedeutsam sind, wie Kinderpsychologie, Charakterologie (Individualpsychologie von Erzieher und Zögling), Pathopsychologie, Methodik der Erziehung, Gruppen- und Massenpsychologie. Sorgfältige Literaturberichte sollen den Leser darüber orientieren, was auf den angeführten Gebieten bis jetzt schon geleistet worden ist und was weiterhin geleistet wird, ferner über die allgemeinen Fortschritte der Psychoanalyse überhaupt.

In dem Bestreben, Beobachtungen, Erfahrungen und Erklärungsversuche in einen größeren Erkenntniszusammenhang einzuordnen, werden sich dabei immer die Weltanschauung, die allgemeine psychologische Einstellung, erkenntnistheoretische Anschauung usw. der Verfasser widerspiegeln. Es läßt sich heute feststellen, daß die Kritik der Psychoanalyse gegenüber, soweit sie nicht einfach affektive Ablehnung ist, hauptsächlich von diesen persönlichen Einstellungen aus geführt wird. Solange die Kritik nicht in erster Linie Nachprüfung der auf psychoanalytischem Wege erforschten Erkenntnisse ist, wird jede Polemik unfruchtbar sein und von uns gemieden werden. Da die Vertreter der Psychoanalyse verschiedenen Richtungen der Weltanschauung und der allgemeinen psychologischen Einstellung angehören, so möchten wir unsere Leser bitten, bei der Beurteilung der Aufsätze unserer Mitarbeiter in erster Linie von der Nachprüfung des objektiv Erfahrungsgemäßen auszugehen, und wenn sie einer weiteren allgemeinen Linienführung die Zustimmung versagen, mögen sie einfach den Versuch machen, das Tatsächliche in das eigene Gebäude der allgemeinen Anschauungen einzubauen. Solange dieses möglich ist, besteht keine Notwendigkeit, sich zu denjenigen des Verfassers zu bekennen."

Seit dem 1. April 1927 ging die Zeitschrift in einen eigenen Verlag über: „Verlag der Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik", Wien, VII., Andreasgasse 3. Heft 7-8-9 erschien als Sonderheft „Sexuelle Aufklärung" und ist Professor Freud zu seinem 71. Geburtstag gewidmet. Es enthält u. a. Beiträge von Bernfeld, Hitschmann, Schneider, Meng, Zulliger, Landauer, Graber, Wolffheim, Liertz, Friedjung, Reich, Hollós.

REFERATE

Aus den Grenzgebieten

Much, Hans: Hippokrates der Große. Hippokrates-Verlag, Stuttgart-Berlin 1926.

Hippokrates scheint diese „Biographie" der Absicht des Verfassers zu verdanken, den modernen Ärzten ihre Fehler vorzuhalten. Wir müssen also die Arbeit als eine Streitschrift auffassen und den zwischen den Zeilen deutlich genug lesbaren Anregungen folgen, den Verfasser in der Titelrolle zu sehen. Dann dürfen wir allerdings ein gutes Stück weit mit dem Weisen einverstanden sein: Wo er die Engherzigkeit einer nur am kranken Organ orientierten Therapie geißelt, wo er die Mißachtung der ökonomischen Gesamtbedingungen durch eine zu mechanische Auffassung aufzeigt, wo er dem geschäftigen Polypragmatiker den hippokratischen Satz entgegenhält: „Auch gar nichts zu verschreiben ist zuweilen eine vortreffliche Arzenei" und an manch anderer Stelle werden wir unsere Zustimmung nicht versagen. — Wir werden ganz besonders beistimmen, wenn auf das Erkennen der konstitutionellen Gegebenheiten besonders hingewiesen wird, wo doch unsere ganze Therapie im letzten Grunde darin besteht, die aktuellen Krankheitssymptome durch Einsicht in die in der Kindheit erworbene Disposition zu heilen. — Auch daß er die Vernachlässigung der Diätetik als Wissenschaft hervorhebt, liegt auf der Linie der unserer Zeit gebührenden Kritik, und was er endlich über die Medizin als Kunst sagt, wird manchem ganz besonders einleuchten.

Wenn aber z. B. steht: „Der (Atem-) Rhythmus erweitert höchstenfalls die Bezirke des Geistigen, Gefühlsmäßigen und Moralischen. Er macht fähig für den Sinn des Lebens, da dieser sich im Rhythmus birgt, und führt hinan, jedenfalls die Erlesenen, an den rhythmischen Sinn der Welt", so scheint uns das, um mit den Worten des Verfassers zu reden, von dem „Dampf, der aus den Phrasenschalen gewerbsmäßiger Mystifikatoren den Leuten dargeboten wird" und nicht „ein mathematisch-nüchternes an den Rhythmus herankommen". Auf alle Fälle vermögen solche Worte nicht zu überzeugen, daß „Atemgymnastik eine der ungeheuersten Großtaten des ringenden Menschen" ist.

Gerade solche Entgleisungen zeigen, wie unhistorisch der Verfasser seinen Cicerone erfaßt und wieviel er von seiner eigenen Sehnsucht in dessen Bild hineingeheimnist. Wer sich daher für ein historisch einwandfrei gefaßtes Bild des Hippokrates interessiert, dem wird dieses, im Zerrspiegel polemischer Gesinnung gesehene Idealbild wenig geben.

Bally (Berlin)

Timmerding: Das Problem der ledigen Frau. Verlag Marcus & Weber, Bonn 1925.

Der Verfasser schildert das unglückliche Schicksal der alternden ledigen Frau und verfolgt die beiden Wege, auf denen er eine Abhilfe, respektive Milderung zu sehen glaubt. Die einzige Möglichkeit zu einer wesentlichen Änderung sieht er in einer Vermehrung der Eheschließungen, wie sie einerseits durch eine Angleichung des Heiratsalters von Mann und Frau im Sinne der früheren Heiraten, andererseits durch eine Erschwerung der verantwortungslosen sexuellen Beziehungen des Mannes (Gleichsetzung der unehelichen Kinder usw.) anzustreben sei.

Eine Erleichterung des Loses der ledigen Frau sei nur in sehr beschränktem Maße möglich durch Beseitigung gesellschaftlicher Vorurteile und durch eine bessere, der männlichen gleichwertige Ausbildung der weiblichen Fähigkeiten in körperlicher und geistiger Hinsicht. Grundsätzlich sei diese Aufgabe unlösbar, weil „die echte Frau" erst durch den Mann in ihrem Dasein Inhalt und Zweck fühle.

Im Fehlen des Geschlechtsverkehrs sieht der Verfasser keine entscheidende Benachteiligung, weil das sexuelle Verlangen der Frau erst durch die Zärtlichkeiten des Mannes geweckt würde und sie sich auch ohne das sexuelle Erleben ausgezeichnet entwickeln könnte. Lösungsversuche im Sinne der „freien Liebe", der Bigamie (Ehrenfels) oder der Propagierung der unehelichen Mutterschaft weist er als ungeeignet zurück.

Der Autor kommt bei der Erwägung, wie man den in Frage stehenden weiblichen Existenzen einen wirklichen Lebensinhalt schaffen könnte, zu einer offen eingestandenen Ratlosigkeit. Den entscheidenden Grund dieser Schwierigkeit sieht er im Wesen der Frau selbst. Nun ist aber gerade die Frage, was denn eigentlich für „die Frau" wesentlich und charakteristisch sei, äußerst schwierig zu beurteilen — und ganz gewiß nicht ohne die Berücksichtigung zweier Faktoren:

1) Inwieweit gewisse Eigentümlichkeiten der alternden ledigen Frau nicht eben durch die aufgezwungene Entbehrung von sexueller Befriedigung und Mutterschaft erzeugt werden. Ein Problem, das sich für den Analytiker noch dahin vertieft, daß ja viele Frauen schon aus inneren Hemmungen heraus ledig bleiben.

2) Inwieweit andere Dinge, wie die ausschließliche Zentrierung auf den Mann, nicht viel mehr ein Produkt unserer männlichen Kultur und der von ihr bedingten entsprechenden Suggestionen sind, als daß sie im Wesen der Frau an sich begründet seien.

Gerade in diesem letzteren Moment scheint mir aber auch der Kern des Problems zu stecken: solange unsere Kultur und also auch die Formen des Liebeslebens wesentlich vom Manne bestimmt werden, wird es immer große Gruppen von Frauen geben (siehe auch die Prostituierten), die in entscheidender Weise benachteiligt sind. Horney (Berlin)

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Hartoch, Werner: Sexualpsychologische Studie zur Homosexualität.

Braun, H. W.: Das Weib in Weiningers Geschlechtscharakterologie. (Beide A. Marcus und E. Webers Verlag, Bonn 1924).

Hartoch gibt in klarer, knapper Weise einen ausgezeichneten kritischen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage der Homosexualität. Der psychoanalytischen Theorie der Homosexualität wird volles Verständnis entgegengebracht.

Braun referiert in nicht minder klarer Weise die Grundzüge der Weiningerschen Geschlechtspsychologie und kritisiert einige seiner ethischen Wertungen. W. Reich (Wien)

Schweisheimer, Dr. W.: Schlaf und Schlaflosigkeit. Ein Weg zum Schlafenlernen. J. F. Bergmann, München 1925.

Das anspruchslose, gefällig geschriebene Büchlein faßt unsere Kenntnis vom Schlaf und von der Schlaflosigkeit in populärwissenschaftlicher Art befriedigend zusammen. In kurzen Abschnitten werden das Wesen des Schlafes, die physiologischen Tatsachen des Schlafvorganges, der Traum, — dieser recht unzulänglich, — die Schlaflosigkeit, deren Ursachen und die verschiedenen Arten ihrer Behandlung auseinandergesetzt. Auch die analytischen Theorien werden an passender Stelle mit vieler Achtung erwähnt, die analytische Therapie wird empfohlen, Freud, Friedjung und besonders Stekel werden des öfteren zitiert. — Durch das Buch geht ein Hauch von erfreulichem Optimismus, der, arglos und keinem Zweifel ausgesetzt, den Verstand, die Geduld und die Energie der Menschen überschätzt. Reik (Wien)

Mißriegler, Anton: Die liebe Krankheit. Madaus, Radeburg, 1925.

Aus dem Inhaltsverzeichnis: Die Wille zur Krankheit, Herzen voll Sehnsucht, der Bubikopf, die Ehefessel, Schauspieler des Lebens, die Asthmatischen, die Haarmanns, Schlaf und Schlafstörungen, eine Motte flog ins Licht, heimliche Beter, das geheimnisvolle Etwas usw. Ebenso ist der Gehalt des Buches: Kluges und Richtiges neben Verworrenem und Falschem, Wissenschaft neben Journalismus, Krankengeschichten neben Kolportage; es ist unmöglich, auch nur einen systematisch durchgeführten Gedanken aus diesem 270 Seiten langen Feuilleton herauszugreifen. W. Reich (Wien)

Isserlin, Prof. Max: Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Julius Springer, Berlin, 1926.

Dieses Buch ist hervorgegangen aus Vorlesungen und praktischen Kursen, welche seit dem Jahre 1910 in München gehalten worden sind, und wahrt manche altmodischen Ansichten. Die Psychoanalyse wird fast vollkommen abgelehnt. Hitschmann (Wien)

Hirschfeld, Magnus: Geschlechtskunde. J. Püttmann, Stuttgart.

Der erste der beiden beabsichtigten Bände, „Die körperlichen Grundlagen", liegt jetzt vollendet vor; der zweite „Auswirkungen" (Sexualsoziologie), folgt in weiteren Lieferungen. Das Werk wendet sich nicht nur an Gebildete, sondern an alle, und soll aufklärend wirken. Neben dem sonst reichlichen Inhalt, kommt die Psychoanalyse sehr zu kurz; sie wird referiert, kritisiert, aber ist nicht verwertet. Das Werk kann somit nicht als dem derzeitigen Stande der Sexualwissenschaft entsprechend bezeichnet werden.

Hitschmann (Wien)

Prinzhorn, Hans: Gespräch über Psychoanalyse zwischen Frau, Dichter und Arzt. Niels Kampmann Verlag, 1926 (98 S).

Dieses Buch berührt an einigen Stellen Probleme, denen wir unsere Aufmerksamkeit nicht versagen dürfen: Prinzhorn ist der Ansicht, daß für gewisse Menschen eine rite durchgeführte psychoanalytische Behandlung nicht genüge, ja, daß sie ihnen schaden könne. Die Psychoanalyse reiche in ihrer Heilwirkung nur so weit, als „Symptome und Probleme anzeigen, daß sie (die Patienten) die ihnen gemäße Lebenspraxis nicht gefunden haben". Aber da bestehe noch „ein metaphysisches Bedürfnis nach einer Einigung mit dem Weltganzen", das nun allerdings ganz unabhängig sei „von der Lebenspraxis, wie sie sich nun gerade im Europa des XX. Jahrhunderts herausgebildet habe", und jede tiefer greifende Analyse müsse in diese Schicht führen.

Die ausschließliche Anerkennung der Realität der Jetztzeit als versagende Instanz durch die Psychoanalyse genügt also Prinzhorn nicht. Es gibt — so glauben wir ihn zu verstehen — noch eine weitere psychische Instanz, — es ist offenbar unser Über-Ich, — der neben der Realität ein gestaltender Wert für das Ich zukommt. Diese Instanz sei genetisch unabhängig von der Libido sowie von der aktuellen Realität. Es wird nun die Forderung erhoben, sie — man könnte sagen — in ihrem ökonomischen Bestande wenigstens in ihren tieferen Schichten zu erhalten, da durch einseitige Zurückführung aller psychischen Erscheinungen auf Realitäts- und Libidoforderungen die Spannung gerade dieser Instanz leide, wodurch eine meist verkannte Art von psychischem Notstand, ein trostloser Relativismus, entstehen könne.

Gewiß könnten sich aus Überlegungen dieser Art (deren Kernprobleme übrigens von Ludwig Klages aufgeworfen worden sind) für uns Fragestellungen ergeben, deren Diskussion der Fruchtbarkeit nicht entbehren würde. Um so mehr ist es zu bedauern, daß dieses Buch sich damit begnügt, diese Ideen mit prometheischer Geste vorzutragen. Das wird die Findung einer gemeinsamen Diskussionsbasis sehr erschweren. Dazu kommt noch, daß Prinzhorn offenbar in der Psychoanalyse nicht genügend bewandert ist und manches recht verschwommen und schief sieht; darüber vermag auch der Schwung seiner Sprache nicht hinwegzutäuschen. Was ihm aber am meisten vorzuwerfen ist, ist der Mangel einer offenen kämpferischen Gesinnung, die gerade da wünschenswert wäre, wo neue Gedanken in die Ideenkreise

praktischer Psychotherapeuten hineingetragen werden. Wir denken hier vor allem an die mit antisemitischen Anspielungen durchsetzten Angriffe auf die „Schulanalytiker".

Wenn Prinzhorn vollends die Behauptung aufstellt, daß man die Patienten vor der Gefahr des Bewußtmachens dadurch schützen müsse, daß man ihnen Klages sche Weltanschauung liefert, so scheint uns das ein Vorgehen zu sein, das sich nur leisten kann, wer die Behandlung der Übertragung nicht versteht und zu diesem probaten Mittel greift, um zwischen sich und den Patienten einen schützenden Keil zu treiben. Bally (Berlin)

Miller, E.: The Relationships of the Neuroses. (Psyche 1925, Vol., V. p. 334.)

Der Autor unternimmt eine Klassifikation der Neurosen auf Grund genetischer Gesichtspunkte. Beim Menschen erhält der Konflikt zwischen Phylogenese und Ontogenese eine verhältnismäßig höhere Bedeutung als bei den Tieren. Ein genetisches Einteilungssystem muß auch ein kausales sein. Die Neurose wird definiert als eine Störung der zwischen psychologischen und neurologischen Vorgängen bestehenden harmonischen Beziehung. Indem der Autor seine Behauptungen auf die Freudsche Gegenüberstellung von Lebens- und Todestrieben aufbaut, meint er, daß die Ichtriebe die Erzeugung eines introvertierten Reaktionstypus anstreben, während die Sexualtriebe, ihrer zentrifugalen Tätigkeit entsprechend, Extroversion bewirken. So ist die Affektivität entweder nach außen gewendet oder im System festgehalten. Der normal ausgeglichene Mensch reagiert nach beiden Richtungen, aber frühzeitige Betonung der Sexual- oder Ichtriebe auf Kosten der anderen bewirkt Extroversion oder Introversion. Nachdem der Autor die verschiedenen Reaktionsweisen dieser Typen am Psycho-Galvanometer behandelt hat, geht er auf das Gebiet der Endokrinologie über und meint, daß es sich bei Angstzuständen um eine gesteigerte Tätigkeit der Nebennieren und der Schilddrüse handelt, während wir es bei Schwachsinnigen wahrscheinlich mit einer Herabsetzung dieser Drüsentätigkeiten zu tun haben. Er hält es für möglich, mehr oder weniger bestimmte endokrine Typen festzustellen. In einer versuchsweisen Auseinandersetzung über die anthropologischen Beziehungen zu den beiden unterschiedenen Typen macht der Autor die Annahme, daß auffallende Ähnlichkeiten zwischen primitiven Typen und bestimmten Degenerationstypen der Jetztzeit in Zukunft zu Einsichten in Verwandtschaftsbeziehungen führen könnten, auf die sich dann eine Klassifizierung aufbauen ließe. Bei der graphischen Darstellung seines Stammbaumes setzt Miller die Introversion an die linke Seite und führt Phobien, Zwangsneurosen und Konversionshysterien auf diffuse Angstzustände zurück. Auch die Gruppe der Paranoia stammt von diesen Angstzuständen. Die Paranoia gehört zur Seite der Introversion, weil sie eine Abwehrpsychose gegen eine nach außen gerichtete Ichstrebung ist, deren Bewältigung in der Richtung nach Extroversion durch irgend einen frühzeitigen Sexualkampf gescheitert ist. Auf der rechten Seite finden wir die Extroversion: Diffuse Hysterie, die eine Angsthysterie nach sich ziehen kann, hysterische Konversion und manische Depression. Ausgehend von Freuds „Jenseits des Lustprinzips", meint der Autor, daß die hysterische

Dissoziation einen partiellen Tod darstellen könnte, entsprechend der Abziehung der vom Ich auf den eigenen Körper als Liebesobjekt gerichteten Libido. Diese Gegenüberstellung der beiden Reaktionstypen stellt den Versuch dar, den größeren Kampf: Sexualität gegen Ich, zu erklären.

M. Rigall (London)

Aus der psychoanalytischen Literatur

Schilder, Prof. Paul: Der gegenwärtige Stand der Neurosenlehre. Klinische Wochenschrift VI./2, 1927.

Konzise Übersicht der bisherigen Leistungen der psychischen und somatischen Neurosenforschung. Die Neurosenpsychologie wird ganz vom psychoanalytischen Standpunkt dargestellt, sowohl in der Einteilung als auch in der Ätiologie und Psychogenese der Neurosen werden vollends die Auffassungen Freuds zur Geltung gebracht. Es wird hervorgehoben, daß jede Psychotherapie in der Übertragung wurzelt, und gefordert, daß jede Psychotherapie auf die Erfassung der Persönlichkeit des Kranken gerichtet sein müsse. Die Psychoanalyse sei durch ihre Durchleuchtung des gesamten Erlebens und durch ihre methodische Verwertung der Übertragung das überlegenste und zugleich das einzig rationale seelische Heilverfahren, nach ihr höchstens noch die Therapie Adlers.

Radó (Berlin)

Federn-Meng: Das psychoanalytische Volksbuch. „Bücher des Werdenden", Bd. II, Hippokrates-Verlag, Stuttgart-Berlin, 1926.

Das „psychoanalytische Volksbuch" ist eine außerordentlich erfreuliche Bereicherung der Literatur unserer Wissenschaft. Es strebt an, Freuds Werk „ins Volk" zu tragen, damit es dort „Wurzel" fasse und „gute Früchte" trage (S. 13). Es ist nicht das erstemal, daß eine gemeinverständliche Gesamtdarstellung der Psychoanalyse versucht wird; ich erinnere z. B. an die ausgezeichneten Broschüren von Sachs „Elemente der Psychoanalyse" und von Zulliger „Unbewußtes Geistesleben". Aber im „Volksbuch" wird an Fülle, Umfang und Tiefe der erörterten Probleme ganz anderes geboten als dort, wo nur eine erste Bekanntschaft mit psychoanalytischer Denkweise, nicht eine Einführung in die Wissenschaft selbst angestrebt wurde. — Die Psychoanalyse ist niemals prinzipiell exklusiv gewesen, wie ihr von Gegnern gerne vorgeworfen wird. Freilich meint sie, daß es gründlichen Studiums bedarf, wenn man am Ausbau einer Spezialwissenschaft aktiven Anteil nehmen will, und daß in „Sachen der Seele" nicht jeder „gesunde Menschenverstand" schon Fachmann ist — eine Meinung, die jeder anderen Spezialwissenschaft als selbstverständlich allgemein zugestanden wird. Sie meinte aber nie, daß ihre Resultate einem kleinen Kreise „Eingeweihter" vorbehalten bleiben sollten, und hat das z. B. schon durch ihre mustergültige, unnötige Latinismen und Graekismen vermeidende Nomenklatur angedeutet. Was Freud selbst begonnen hat, wird im „Volksbuch" fortgesetzt: Jedermann, den es interessiert, soll Gelegenheit haben, zu hören, was Psychoanalyse ist und wie sie arbeitet.

Aber das „Volksbuch“ dient nicht nur der Verbreitung der Psychoanalyse; mit ihm wird auch zum erstenmal in kleinem Maßstab eine Art „Handbuch der Psychoanalyse“ versucht, bei dem verschiedene berufene Autoren verschiedene Spezialkapitel behandeln, um dem Leser das lebendige Wachstum der Forschung zu vermitteln. Auch mancher Leser, der das „Fremdwörterverzeichnis“ am Ende des Buches nicht benötigt, auch mancher Forscher auf Nachbargebieten, mancher Psychiater oder Psychologe würde durch die Lektüre dieses Buches sicherer, tiefer und authentischer in die Psychoanalyse eingeführt werden als durch manche andere Literatur, die bisher für solche Einführung herhalten mußte. Und auch der junge Psychoanalytiker selbst, der sich in der Fülle der Spezialliteratur nicht auskennt, wird in Sehnsucht nach Übersichtlichkeit und Klarheit oft besser zum „Volksbuch“ greifen als zu manchen in der letzten Zeit erschienenen „Lehrbüchern“. Das „Volksbuch“ ist ein Musterbeispiel dafür, wie um populärer Darstellung willen wissenschaftliche Genauigkeit nicht um ein Jota verlassen zu werden braucht.

Das Buch ist in vier Abschnitte eingeteilt, die „Seelenkunde“, „Hygiene“, „Krankheitskunde“ und „Kulturkunde“ behandeln. Aus dem ersten Abschnitt ist zunächst die Einführung „Die psychoanalytische Heilmethode“ von Federn hervorzuheben, die, mit der Darstellung der historischen Entwicklung der Psychoanalyse über Hypnose und Katharsis beginnend, die Grundtatsachen der Verdrängung und der Übertragung erörtert, den psychoanalytischen Begriff des Unbewußten diskutiert, die Libidolehre und den Gegensatz Ich und Es darlegt und schließlich die therapeutische Wirksamkeit der Psychoanalyse bespricht, — im ganzen ein klares Programm, das den Boden schafft für die erfolgreiche Aufnahme der folgenden Kapitel. Für den Psychoanalytiker sind wohl die Arbeiten am interessantesten, die Gebiete behandeln, die vorher noch überhaupt nicht Gegenstand einer zusammenfassenden Darstellung gewesen sind, was z. B. für die „Gemütsbewegungen oder Affekte“ gilt, die — getrennt von den „Trieben“, die vom gleichen Autor in einem eigenen Kapitel besprochen werden — durch Landauer eine vorzügliche spezielle Behandlung erfahren, oder auch für das Kapitel „Der Aufbau des Ichs“, in dem Alexander — so wie es schon Freud in der „Laienanalyse“ getan hat, — zeigt, daß die neue Strukturlehre zur Darstellung der Grundarbeitsweisen des seelischen Apparates sich besser eignet als die alte topische Auffassung der drei psychischen Systeme. Die Fehlleistungen werden in einem sehr lesenswerten, durch teilweise neue Beispiele belebten Kapitel von Jekels, der Traum von Nunberg besprochen.

Aus dem „hygienischen“ Abschnitt ragt weitaus eine Arbeit hervor, die — bei allen guten Beiträgen in diesem Buche — doch zweifellos sein bester genannt zu werden verdient, die Arbeit von Aichhorn „Psychoanalytisches Verständnis und Erziehung Dissozialer“. An einem lebendig geschilderten Fall aus dem täglichen Leben, an dem der Leser die psychoanalytische Forschung und die erlösende Befreiung durch sie miterlebt, werden alle Vorurteile überrumpelt, die Theorie wird nur unausbleibliche Folge unbezweifelbarer Realität und kein Leser kann die Lektüre beendigen, ohne einen bleibenden Eindruck über die Bedeutung der Psychoanalyse für Psychologie, Therapie und Prophylaxe der Dissozialität erhalten zu haben. Hervorzuheben sind ferner die beiden Artikel von Federn über „Hygiene des Geschlechtslebens“, die aus

dem „ärztlichen Volksbuch" übernommen sind, weil auch dieses so bedeutungsvolle Thema unseres Wissens bisher noch nicht von einem die psychoanalytischen Erfahrungen berücksichtigenden Standpunkt aus behandelt worden ist. Die Artikel zur Kinderpsychologie und Pädagogik von Meng sind von einem entschiedenen Willen zur Bekämpfung der „Prügelpädagogik" und einem umfassenden psychoanalytischen Wissen getragen. Ein Wort der Kritik möchte ich zu den beiden Arbeiten von Schneider, „Kinderfehler" und „Schutz durch Beratung in Lebensfragen", äußern. Diese psychoanalytisch ebenfalls durchaus verläßlichen Artikel scheinen im ganzen von einer Apodiktik getragen, die dem heutigen Stande unseres Wissens noch nicht ganz angemessen erscheint. Es hieße falsche Erwartungen im Leser erwecken, wenn der Eindruck vermittelt wird, der Erziehungsberater werde im konkreten Fall individuell voraussagen können, diese und diese Erziehungshandlung werde diese und diese erwünschte Reaktion des Zöglings hervorrufen. Auch Simplifizierung eines komplizierten Sachverhalts wirkt nicht immer klärend. Wenn gesagt wird, der glückverheißenden „sachlichen" Wahl des Ehepartners stünde die „Objektwahl nach affekthafter infantiler Bindung" gegenüber, die verhindert werden müsse, so ist das wohl eine solche unerlaubte Simplifizierung. Denn auf die Art der affekthaften, aus der Kindheit stammenden Bindung kommt es an — und wie viele der so seltenen glücklichen Ehen wären verhindert worden, hätte ein Eheberater immer drakonisch von der Ehe abgeraten, sobald er wahrgenommen hätte, daß etwa die Frau dem Manne eine wiedererstandene Mutter oder Schwester bedeute!

Die „Krankheitskunde" bringt nach einer Einleitung von Landauer über „Erkrankung und Gesundung als seelischer Vorgang" eine Reihe von Einzeldarstellungen der Neurosen und Psychosen, die bezüglich Ätiologie, Symptomatologie, unbewußtem Sinngehalt und therapeutischen Aussichten besprochen werden, z. B. Körperkrankheiten (Landauer), Geisteskrankheiten allgemein (Hollós), infantile Neurosen (Meng), Bewußtseinsstörungen (Landauer), Zwangsneurose (Meng), Hysterie (Federn), Funktionelle Störungen des Geschlechtsaktes (Federn und Meng), Organneurosen (Ferenczi), Gemütserkrankungen, Schizophrenie, Paranoia (Landauer). Der Landauersche Beitrag über „Bewußtseinsstörungen" scheint davon wieder als erste zusammenfassende Darstellung des betreffenden Gebietes wissenschaftlich am belangvollsten. Die Kapitel über Hysterie und Zwangsneurose hätte Ref. entsprechend der exzeptionellen Bedeutung, die diesen beiden „Übertragungsneurosen" für die Psychoanalyse überhaupt zukommt, gerne noch breiter angelegt und den übrigen Kapiteln übergeordnet gesehen. — Von dem vielen, was das „Volksbuch" nicht behandelt, wäre manches wohl wichtig genug, hier noch angereiht zu werden: Man vermißt ein Kapitel über „Perversionen", eines über „Charakterfehlentwicklungen", eines über die manisch-depressiven Erkrankungen und — *last not least* — eines über das Problem der Neurosenwahl, der spezifischen Regression — d. h. also über „Libidoentwicklung"; Freuds Lehre von den Organisationsstufen der Libido — diese Grundlage der Psychoanalyse — hätte im „Volksbuch" wohl Behandlung finden sollen!

Sehr viel Lesenswertes enthält der letzte Abschnitt, die „Kulturkunde". In seinem Artikel „Psychoanalyse und Medizin" bricht Federn eine Lanze

für die Gleichberechtigung der nichtmedizinischen Psychoanalyse. In selten klarer und prägnanter Weise referiert Erwin Cohn über die Bedeutung der Psychoanalyse für die Sozialwissenschaften („Totem und Tabu" und „Massenpsychologie"). In einer Untersuchung „Psychoanalyse und Strafrecht" bespricht Staub u. a. alle jene Typen von Kriminellen, die bisher psychoanalytischer Forschung sich aufgehellt haben, den „Verbrecher aus Schuldgefühl", den Kleptomanen, den Hochstapler, den Affektverbrecher, den politischen Verbrecher, den verbrecherischen Charakter, um daran seine Hoffnungen bezüglich der Zukunftsbedeutung der Psychoanalyse für Strafrecht, Gesetzgebung und Strafvollzug, zu knüpfen. In gewohnter Prägnanz spricht Sachs über „Psychoanalyse und Dichtung". Die „bildende Kunst" wird von Pfister besprochen. Es folgt ein zweiter Artikel von Pfister über „Psychoanalyse und Sittlichkeit", dessen Ausführungen nicht alle Psychoanalytiker beistimmen dürften. Eine Untersuchung von Federn über „Märchen-Mythus-Urgeschichte" beschließt das Buch.

Diese kurze und unvollständige Inhaltsangabe wird wohl genügen, um zu zeigen, welchen Dank die psychoanalytische Bewegung den Herausgebern dieses Buches schuldet! Fenichel (Berlin)

Oberndorf, C. P.: The Castration Complex in the Nursery. (Int. Journal of PsA., VI, 3.)

Eine Episode von unbewußter Verständigung zwischen Eltern und Kindern. Einer vierjährigen Tochter eines an Impotenz leidenden Patienten waren sexuelle Spiele mit einem Jungen verboten worden, sie hatte nachher eine große Szene gemacht, weil sie bei einem Weihnachtsspiel im Kindergarten nicht wie andere Kinder ein geweihtragendes Renntier darstellen durfte, und damit die Aufmerksamkeit des Vaters auf den Kastrationskomplex gelenkt. — Bald darauf wurde der Patient einmal, als seine Frau ihm einen Knopf annähte, ungeduldig; darauf stieß ihm die Frau versehentlich die Nadel in den Daumen, wo sie abbrach; der Mann geriet in außerordentliche Wut, mit der er bewies, daß er das unbewußte Motiv der Frau, Rache für seine Impotenz, unbewußt verstanden hatte. Die Mutter weinte, der Vater wütete noch eine Weile, dann wurde es still; da sprangen die Kinder, ein achtjähriger Junge und das erwähnte Mädchen, die bis dahin am Boden gesessen hatten, auf, der Sohn lief zur Mutter, sie zu trösten, die Tochter ging zum Vater, seinen verletzten Daumen zu küssen. Fenichel (Berlin)

Bryan, Douglas: Speech and Castration: Two unusual Analytic Hours. (Int. Journal of PsA., VI, 3.)

Ein hysterischer Patient mit Anfällen von Aphonie erkrankte an einer akuten Stimmlosigkeit, die aus praktischen Gründen sofort behoben werden mußte. Es gelang eine außerordentlich demonstrative „Symptomanalyse", wie sie in heutigen Psychoanalysen immer seltener vorkommen. Der Patient schrieb seine Einfälle, bzw. die Antworten auf die Fragen des Analytikers nieder, so daß dieser in der Lage ist, sie wörtlich wiederzugeben. Man sieht mit Erstaunen, wie rasch und sicher der Patient seinen Kastrationskomplex, von dem vorher noch nicht die Rede gewesen war, entdeckt, im Sprachverlust die

Darstellung der Kastration erkennt und findet, daß sie als Strafe für akute Ödipuswünsche über ihn verhängt worden ist: Die Aphonie war eingetreten, als der Patient unerwartet einen Mann getroffen hatte, bei dessen Badewagen er vorbeigeschwommen war; der Mann stellte den Vater, der Wagen die Mutter, das Schwimmen den Inzestverkehr dar. Mit diesem Einfall stellte sich das Sprechvermögen wieder her. — Am nächsten Tage kam der Patient mit einem Rückfall. Die nächsten Einfälle brachten Phantasien, daß die Kastration mit einem besonderen Instrument ausgeführt werde, eine Art Nabel, ein Loch, ein Krater, der mittels eines Fadens Zahnseide kastriere. Als Ursache der Kastration fielen ihm wieder Inzestgedanken ein. Dann schrieb er: „Mein Vater hat meinen Penis abgeschnitten mittels der Vulva der Mutter, weil ich sein Vorrecht auf diese verletzt habe, und hat mich damit meiner Stimme beraubt — was ein Unsinn ist, deshalb sollte meine Stimme wiederkommen, und das tut sie auch" — und sprach.

Das tiefere Motiv der beiden aphonischen Anfälle waren homosexuelle Übertragungsgedanken auf den Analytiker, die erst viel später zur Aussprache kamen.

Fenichel (Berlin)

Neill, A. S.: A Slip of the Needle (Int. Journal of PsA., VI, 4).

Der Autor fand sich in einem Buche von Stekel in einer für ihn nicht erfreulichen Weise zitiert. Er band das Buch eigenhändig. Nachher fand er, daß eine einzige Seite fehlte; natürlich die, die seinen Namen enthielt.

Fenichel (Berlin)

Bryan, Douglas: Epistaxis in a Man Simulating Menstruation (Int. Journal of PsA. 1926, VII., 1).

Ein abundantes Nasenbluten eines Patienten während der Analysenstunde erwies sich als Darstellung einer Menstruation, die den phantasierten Sexualverkehr mit dem Analytiker hätte verhindern sollen, die Angst des Patienten, der Analytiker werde ihn schlagen, als regressiver Ausdruck für seinen passiv homosexuellen Wunsch.

Fenichel (Berlin)

Steiner, Maximilian: Die psychischen Störungen der männlichen Potenz. Ihre Tragweite und ihre Behandlung. Dritte umgearbeitete Aufl. F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1926.

Der erfahrene Verfasser hat die Arbeit auch in dieser dritten Auflage in ihrer bisherigen knappen Fassung belassen, jedoch den Versuch gemacht, sie durch Änderungen, Zusätze, Fußnoten und Literaturangaben mit den wichtigsten inzwischen gefundenen neuen Gesichtspunkten in Übereinstimmung zu bringen. Das Vorwort Freuds, jetzt vor 17 Jahren geschrieben, hielt damals die Zeit für nicht ferne, „in welcher die Einsicht allgemein wird, daß man keinerlei nervöse Störung verstehen und behandeln kann, wenn man nicht die Gesichtspunkte, oft auch die Technik der Psychoanalyse zu Hilfe nimmt!" Verstehen und Behandeln hat dank der Psychoanalyse gewaltige Fortschritte gemacht, aber die Einsicht ist noch nicht allgemein.

Hitschmann (Wien)

PSYCHOANALYTIC PATHOLOGY LIBRARY

KORRESPONDENZBLATT

DER

INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Redigiert von Dr. M. Eitingon, Zentralsekretär

I

Mitteilung des Vorstandes

Der X. Internationale Psychoanalytische Kongreß wird vom 1. bis 3. September 1927 (Donnerstag bis Sonnabend) in Innsbruck (Österreich) stattfinden. Am Vortage des Kongresses — Mittwoch, den 31. August — wird vormittags die Internationale Unterrichtskommission zu einer Sitzung zusammentreten; am Nachmittag werden die Funktionäre der Gruppen und der psa. Institutionen ihre übliche vorbereitende geschäftliche Konferenz abhalten.

Es wird gebeten, Vorträge spätestens bis zum 15. Juni beim Unterzeichneten anzumelden und der Anmeldung einen kurzen Auszug aus dem Vortrag beizufügen. Die Auszüge sollen als „Leitsätze zum Kongreß" in Druck gelegt und rechtzeitig an alle Teilnehmer verschickt werden.

Anfragen betreffs Unterkunft, Zimmerbestellungen usw. sind ebenfalls an den Unterzeichneten zu richten.

Dr. M. Eitingon
Zentralsekretär, stellv. Zentralpräsident

II

Berichte der Zweigvereinigungen

British Psycho-Analytical Society

IV. Quartal 1926

6. Oktober 1926. Jährliche Generalversammlung. Für das kommende Jahr wurden gewählt: Als Präsident: Dr. Ernest Jones, als Schatzmeister: Dr. W. H. B. Stoddart, als Schriftführer: Dr. Douglas Bryan, als Bibliothekar: Miß Barbara Low, als Vorstandsmitglieder: Dr. John Rickman und Mrs. Riviere.

Der Schriftführer berichtet, daß die Gesellschaft gegenwärtig aus fünfundzwanzig Mitgliedern, sechsundzwanzig außerordentlichen Mitgliedern und zwei Ehrenmitgliedern besteht. Ein Mitglied ist ausgetreten, ein zweites gestorben; drei außerordentliche Mitglieder sind ausgetreten und eines wurde nicht wiedergewählt; ein Ehrenmitglied ist gestorben.

20. Oktober 1926. Gedenkfeier für den verstorbenen Dr. James Glover. Dr. Jones würdigt in einer Gedenkrede die Persönlichkeit und die wissenschaftlichen Verdienste von Dr. Glover. Auf seine Anregung werden Beileidsschreiben an Frau Glover und Dr. Eduard Glover abgesandt.

3. November 1926. Dr. Jones berichtet über den Fall eines fünfunddreißigjährigen Mannes mit der Mentalität eines kleinen Kindes, den er allerdings nur einmal gesehen hat. Als Ursache der Entwicklungshemmung wird ein Trauma angenommen, das der Patient im Alter von etwa einem Jahr erlitten hat, als er auf einen heißen Nachttopf gesetzt wurde. Dr. Bryan, der den Patienten zu wiederholten Malen gesehen hat, knüpft ebenfalls einige Betrachtungen an den Fall an.

Frau Riviere wirft die Frage nach dem Einfluß tierischer Parasiten auf die Psyche auf.

17. November 1926. Frau Melanie Klein: Einige Notizen aus der Analyse eines fünfjährigen Kindes, die zeigen, welche Ideen oft mit der Erziehung verbunden werden.

Dr. Ernest Jones liest ein Manuskript einer fünfzigjährigen Frau vor, das dem Journal eingeschickt wurde. Es enthält eine einfühlende Beschreibung der Reaktionen eines weiblichen Kindes auf die üblichen kindlichen Sexualerfahrungen.

Dr. Sylvia Payne: Beobachtungen über einen schwierigen Fall von Widerstand. Ein dreiundzwanzigjähriges Mädchen mit kleptomanischen Neigungen und der Zwangsvorstellung, freiwillig verhungern zu wollen. Der Widerstand gegen die Analyse wird noch unterstützt durch die Schwierigkeit, sich richtig auszudrücken; das Material wird langsam produziert als Ergebnis sorgfältiger Denkanleitung. Der Genesungswille fehlt fast völlig und wird ersetzt durch eine passive Übertragung, welche die Phantasie ihrer kindlichen Mutterfixierung befriedigt und jede Gegenbestrebung verhindert. Ein psychisches Trauma während der Latenzperiode führte zu einer Regression auf das Oralstadium, einer Störung der Mutteridentifizierung, einer Isolierung der Vater-

identifizierung und schließlich zu dem Auftreten einer masochistischen Perversion, die durch kleptomanische Ausbrüche zeitweilige Erleichterung findet.

Dr. Bryan erwähnt den Fall eines Jungen mit starken Prügelphantasien (er als Geprügelter), der sich durch die Schläge männlicher und mannbarer gemacht fühlt. Dieses Gefühl der Mannbarkeit geht anscheinend darauf zurück, daß er durch Schläge eine Erektion bekommt, die ihm das Gefühl der Männlichkeit gibt.

1. Dezember 1926. Miß E. Sharpe: Widerstände bei einem homosexuellen Mann. Das Charakteristikum seines Denkens kann man mit dem Wort „Selbstbeherrschung" kennzeichnen. Die vollkommene Herrschaft über die Funktion des Sphincter ani wiederholt sich in der vollständigen Herrschaft, die er über sein Denken ausübt; er findet also ohne sein Zutun sein Gedankenmaterial stets klassifiziert und geordnet. Logisch lehnt er die Forderung zwar nicht ab, aber es fällt ihm außerordentlich schwer, dem Verlangen der Analyse nach freiem, unbeeinflußtem Assoziieren nachzukommen. Ein solches Denken erscheint ihm „schmutzig und unflätig". Er objektiviert sein Denken und richtet es auf äußere Dinge, wie Menschen, Politik, Kunst und Literatur. Da die Analyse die Befreiung seiner schöpferischen Einbildungskraft bezweckt, liegt die einzige Gesundungshoffnung in der Veränderung seiner aus Furcht vor und Gehorsam gegenüber der Mutter auf der analen Stufe verbliebenen Reaktionsart. Diese Veränderung sowie die Befreiung von den Phantasien, gegen die er sich durch seine Analreaktionen schützt, würden einen großen Fortschritt in seiner Analyse bedeuten. Dr. Douglas Bryan
Schriftführer

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

III. und IV. Quartal 1926

25. September 1926. Vortrag Dr. Alexander: Zur Theorie der Zwangsneurose und der phobischen Hemmungen.

5. Oktober 1926. Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag von Dr. Alexander. — Miß N. Searl (a. G): Ein Fall von Stottern bei einem Kinde.

12. Oktober 1926. Vortrag Dr. Bernfeld: Einige spekulative Bemerkungen über Telepathie.

23. Oktober 1926. Vortrag Dr. Wiesner (a. G.): Moderne Probleme der Sexualbiologie.

2. November 1926. Kleine Mitteilungen: Dr. Haas (a. G.): Tagträume und Perversion. — Dr. Fenichel: Bericht über den „Ersten Internationalen Kongreß für Sexualforschung". — Dr. Sachs: Ein Fall von Versprechen. — Dr. Müller-Braunschweig: Bericht über die „Dritte Fachkonferenz für Mediziner und Theologen".

9. November 1926. Kleine Mitteilungen: Dr. Watermann (a. G.): Chronisches Ekzem bei einem Zwangscharakter. — Dr. Boehm: Aus der Analyse einer Depression.

In der Geschäftssitzung wird Frau Dr. med. A. Lampl de Groot

(Berlin-Dahlem, Schuhmacher-Platz 2) aus der holländischen Gruppe als ordentliches Mitglied übernommen.

27. November 1926. Dr. Sachs und Dr. Fenichel: Referat über Ranks „Technik der Psychoanalyse".

7. Dezember 1926. Kleine Mitteilungen: Frl. Dr. Kirschner (a. G.): Eine Kinderkonsultation. — Dr. Fenichel: Kastrationsangst als Motor der Sexualverdrängung. — Dr. Sachs: Referat über *„Proverbia judaeorum erotica et turpia"*. — Dr. Simonson: Beobachtung zur psychischen Dynamik. — Dr. Simonson: Ödipuskomplex eines Dreijährigen.

18. Dezember 1926. Vortrag von Frau Dr. Fromm-Reichmann (Heidelberg, a. G.): Psychoanalytische Auflösung religiöser Riten.

In der Geschäftssitzung wird Dr. med. Hans Erich Haas (Köln) zum außerordentlichen Mitglied gewählt.

*

Die Gesellschaft veranstaltete in ihrem Institut (Berlin W. 35, Potsdamerstraße 29) im IV. Quartal folgende Fach- und Ausbildungskurse:

1. Dr. Sándor Radó: Einführung in die Psychoanalyse, I. Teil (Stellung der Psychoanalyse in den Natur- und Geisteswissenschaften. Grundlagen der psychoanalytischen Methode und Theorie. Traumlehre. Triebtheorie. Die Ökonomie des Psychischen. Die normale psychische Entwicklung. Die psychische Struktur. Die Abhängigkeiten des Ichs. Individuum, Familie, Gesellschaft). Für Mediziner und Pädagogen. 7-stündig. (Hörerzahl: 64.)

2. Dr. Hans Liebermann: Die Schulmedizin im Lichte der Psychoanalyse. 6-stündig. (Hörerzahl: 5.)

3. Dr. Jenö Hárnik: Trieblehre. 6-stündig. (Hörerzahl: 8.)

4. Dr. Otto Fenichel: Ichpsychologie, I. Teil (Narzißmus, Ichideal, Identifizierung, Realitätssinn, Ich- und Trieblehre). 6-stündig. (Hörerzahl: 22.)

5. Dr. Felix Boehm: Bilder aus der psychoanalytischen Praxis. 4-stündig. (Hörerzahl: 15.)

6. Dr. Karl Müller-Braunschweig: Philosophie der Psychoanalyse (Wissenschafts- und erkenntnistheoretische Vorfragen der Psychoanalyse, Diskussion der Hauptbegriffe u. a.) 5-stündig. (Hörerzahl: 13.)

7. Dr. Hanns Sachs: Seminaristische Übungen über den Witz und verwandte Probleme. 5-stündig. (Nur für ausübende Analytiker und Ausbildungskandidaten, persönliche Anmeldung.) (Hörerzahl: 14.)

8. Dr. Siegfried Bernfeld: Psychoanalytische Besprechung praktisch-pädagogischer Fragen. (Für Fortgeschrittene, persönliche Anmeldung.) (Hörerzahl: 37.)

9. Dr. Sándor Radó: Technisches Kolloquium (Systematische Besprechungen über Fragen der psychoanalytischen Therapie). (Für ausübende Analytiker, insbesondere Ausbildungskandidaten, persönliche Anmeldung.) 6 Doppelstunden. (Hörerzahl: 16.)

10. Dr. Eitingon, Dr. Simmel: Praktische Übungen zur Einführung in die psychoanalytische Therapie. (Nur für Ausbildungskandidaten.)

Ferner veranstaltete die Gesellschaft in diesem Quartal folgende öffentliche Vorträge: 1. Dr. Siegfried Bernfeld: Seele und Schicksal des Erziehers. 2. Dr. Karen Horney: Zur Ehekrisis der Gegenwart.

Dr. Sándor Radó
Schriftführer

Indian Psychoanalytical Society

III. bis IV. Quartal 1926

19. September 1926. Dr. Bose: „Analyse des Wunsches".

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

IV. Quartal 1926

2. Oktober 1926. Dr. I. Hermann: Referat über Freuds Buch: „Hemmung, Symptom und Angst".

16. Oktober 1926. Kasuistische Mitteilungen. Dr. M. Bálint: Ein Fall von psychischer Impotenz. — Derselbe: Fälle aus einem Ambulatorium für Magenkranke. — Dr. L. Révész: Eine Übertragungskrise.

5. November 1926. Kasuistische Mitteilungen. Frau V. Kovács: Eine infolge aktiven Eingreifens entstandene orale und narzißtische Regression. Dr. S. Pfeifer: Indikation zur Beendigung der analytischen Kur. — Derselbe: Ein Fall von Prothesen-Fetischismus.

20. November 1926. Dr. L. Révész. Referat über Freuds Buch: „Die Frage der Laienanalyse".

4. Dezember 1926. Dr. I. Hermann: Zur Psychologie der Projektion im Fall Schreber.

*

Das von der Vereinigung errichtete „Psychoanalytische Lehrinstitut in Budapest" veranstaltete im III. Quartal 1926 folgende Kurse:

1. Dr. I. Hermann: Psychoanalytische Psychologie, 12-stündig.

2. Dr. M. Bálint: Psychoanalytische Trieblehre, 12-stündig.

3. Dr. G. Róheim: Einführung in die psychoanalytische Ethnologie, 12-stündig.

An den Kursen haben 20 bis 30 Hörer teilgenommen, vorwiegend Ärzte — am psychologischen Kurs auch Pädagogen.

Dr. Imre Hermann
Sekretär

Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse

IV. Quartal 1926

2. Oktober 1926. Als Gast der Vereinigung hielt Dr. M. Flohil einen Vortrag. Er bespricht den Inhalt einer zyklischen Psychose, insbesondere während eines manisch-deliranten Zustandes.

Ferner fand eine kurze Diskussion statt über Stärckes Artikel im Freud-Heft der Imago.

6. November 1926. Dr. J. M. Rombouts: Über den Personenbegriff von Stern. — Vortragende versucht eine Annäherung der philosophischen Auffassungen von Stern und der Psychoanalyse.

Geschäftliches: Zum Kassier wurde gewählt: Dr. J. H. W. van Ophuijsen. — Frau Dr. A. Lampl de Groot ist in die Berliner Gruppe übergetreten. — Frau Dr. J. Knappert ist aus der Vereinigung ausgetreten. Zum ordentlichen Mitglied wurde gewählt Dr. M. Flohil, Oud-Rosenburg, Loosduinen.

Dr. A. Endtz
Sekretär

New York Psychoanalytic Society

III. bis IV. Quartal 1926

26. Oktober 1926. Die Sitzung war einer Diskussion von „Hemmung, Symptom und Angst" gewidmet. Das Referat über das Buch war nach drei Gesichtspunkten gegliedert: a) Dr. Stern gab in einer ausgezeichneten kurzen Darstellung des Inhaltes eine Übersicht über das Buch; b) Dr. Oberndorf diskutierte über das Werk unter besonderer Bezugnahme auf Freuds Bemerkungen zu Ranks Theorie vom Trauma der Geburt, von der Angst und der Genese der Neurosen: c) Dr. Meyer gab eine kritische Würdigung des Buches, in der er seine allgemeine Bedeutung für die Psychopathologie hervorhob, seinen unmittelbaren Ursprung, seinen Geist, Stil, die Beziehungen zu früheren Formulierungen der Angst, die Folgerungen aus den Neuerungen des Buches, die Probleme, die durch die Neuorientierung aufgeworfen werden, und schließlich das Buch selbst als Beispiel für die wissenschaftliche Arbeitsmethode Freuds im allgemeinen.

30. November 1926. In dieser Sitzung wurde Freuds „Die Frage der Laienanalyse" diskutiert. Dr. Brill gab eine Übersicht und eine kritische Untersuchung des Buches. Er betonte die bemerkenswerte Darstellung der psychoanalytischen Methode in dem Buch. Auch rollte er das ganze Problem der Laienanalyse wieder auf, das schon ebensolange in New York besteht, als er an der Spitze der psychoanalytischen Bewegung steht. Seine Erfahrungen mit Laienanalytikern waren durchaus nicht als ermutigende zu bezeichnen. Dann folgte eine lebhafte Diskussion, an der sich alle Anwesenden beteiligten. Dr. Jelliffe stellte fest, daß er die Laienanalyse nicht durchaus befriedigend gefunden habe, nachdem er sich mit dieser Frage befaßt hatte. Die beträchtliche Majorität der Anwesenden erklärte, daß sie gegen die Ausübung der Psychoanalyse zu therapeutischen Zwecken durch Laien sei.

Dezember 1926. Wegen der Sitzung der American Psychoanalytic Society in New York im Laufe dieses Monats entfiel die Dezember-Sitzung der New York Psychoanalytic Society.

Geschäftliches: Alle Mitteilungen sind zu richten an Dr. Philip R. Lehrman, 120 Riverside Drive, New York City, der zum Sekretär für das Jahr 1927 gewählt wurde.

Monroe A. Meyer
Sekretär

Russische Psychoanalytische Vereinigung

II—IV Quartal 1926

15. April 1926. Wera Schmidt: Referat über „Das Ich und das Es", I. Teil.

22. April 1926. Dr. Bernstein: Das Form- und Schemaproblem in der gegenwärtigen Psychologie.

Man muß scharf die Form von dem Schema unterscheiden. Die erstere ist quantitativ bestimmbar, das zweite qualitativ oder topologisch.

Diskussion: Dr. Wulff, Luria, Warschana, Miller, Prof. Kannabich.

13. Mai 1926. Dr. Winogradow: Ein Fall von zwangshaftem Selbstverbrennen.

Der Verfasser glaubt in einem Falle des zwanghaften Selbstverbrennens bei einem Mädchen die isolierte Wirkung des Destruktionstriebes aufzeigen zu können.

Diskussion: Wulff, Dr. Friedman, Al. Luria, Dr. Liosner.

27. Mai 1926. Dr. Friedmann: Referat über „Das Ich und das Es", II. Teil.

3. Juni 1926. Wera Schmidt: Kinderfragen betreffs der Entstehung des Menschen.

Die allmähliche Entwicklung des sexuellen Interesses der Kinder wird mit einer Reihe von Beobachtungen illustriert; die Verfasserin gibt auch pädagogische Prinzipien der sexuellen Erziehung und Aufklärung der Kinder.

Diskussion: L. Geschelina, L. Schleger, Dr. Friedmann.

29. September 1926. Geschäftliche Sitzung.

8. Oktober 1926. Dr. M. W. Wulff: Die Ökonomik der psychischen Prozesse (Sammelreferat).

15. Oktober 1926. Dr. Wnukow: Zur Psychologie der reaktiven Zustände.

Der Vortragende behandelt einige Fälle aus der psychiatrisch-gerichtlichen Praxis.

Diskussion: Al. Luria, Dr. Friedmann, Dr. Wulff, Prof. Reißner.

28. Oktober 1926. 1. Dr. Wulff: Haß und Todestrieb (Sammelreferat). — 2. Dr. Friedmann: Widerspricht die Psychoanalyse dem dialektischen Materialismus?

4. November 1926. Wera Schmidt: Die Entwicklung des Wißtriebes bei einem Kinde.

11. November 1926. W. Rohr: Hegel und Freud.

18. November 1926. Prof. S. Liwschiz (als Gast): Über Hypnoanalyse.

25. November 1926. Kleine Mitteilungen: 1. Dr. Friedmann: Über ein Symptom, das eine Beziehung zwischen Analerotik und Homosexualität zeigt. — 2. W. Rohr: Fehlleistung einer Stenotypistin. — 3. Frau Doktor A. Rohr: Die Krankheit bei den Primitiven.

2. Dezember 1926. Gemeinsame Sitzung mit der Hypnologischen Gesellschaft. Diskussion über den Vortrag von Prof. S. Liwschiz.

9. Dezember 1926. Prof. Kannabich: „Über pseudologische Konstitution" (Referat über einen Artikel von Dr. Judin).

Al. Luria
Sekretär

Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

IV. Quartal 1926

23. Oktober 1926. Dr. M. Müller: „Beitrag zur Frage der Heilungstendenz in der Schizophrenie."

13. November 1926. Dir. H. Tobler: „Alltagspädagogik im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis."

18. Dezember 1926. Dr. E. Blum: „Suggestion und Psychoanalyse" (Diskussionsthema).

Dr. E. Oberholzer
Vorsitzender

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

IV. Quartal 1926

6. Oktober. — Vortrag Dr. Wilhelm Reich: „Über den genitalnarzißtischen Charakter." Diskussion: Doz. Deutsch, Federn, Nunberg.

20. Oktober. — Generalversammlung. Programm: 1. Ambulatoriumsfragen. 2. Lehrinstitut. 3. Kassenbericht, 4. Mitgliedsbeitrag. 5. Neuwahlen. Als Vorstand wurden gewählt: Prof. Freud, Obmann; Dr. Federn, Obmannstellvertreter; Dr. Jokl, Dr. Reik, Schriftführer; Dr. Nepallek, Kassier; Dr. Nunberg, Bibliothekar; Fr. Dr. Deutsch zur Vorsteherin des Lehrinstitutes; Dr. Hitschmann zum Leiter des Ambulatoriums. 6. Kongreßort. 7. Facharztfrage. 8. Anträge.

3. November. — Vortrag Prof. Schilder: „Zur Psychoanalyse eines Falles von Amentia". Diskussion: Federn, Nunberg, Reich.

17. November. — Kleine Mitteilungen und Referate: Doz. Friedjung: „Zur Psychologie des Politikers". Diskussion: Federn, Hitschmann, Reich, Reik, Schilder, Wälder.

1. Dezember. — Kleine Mitteilungen und Referate. 1. Dr. Isakower: „Klinische Beobachtungen an Fällen von postklimakterischer Depression." Diskussion: Fr. Deutsch, Federn, Reich, Sterba, Prinzessin Marie von Griechenland (a. G.). — 2. Dr. Bibring: „Einige Beobachtungen bei Paranoia." Diskussion: Fr. Deutsch, Hartmann, Nunberg.

15. Dezember. — Vortrag Dr. Heinz Hartmann: „Einige methodologische Fragen der Psychoanalyse." Diskussion: Jokl, Reich, Schilder, Wälder.

Geschäftliches: Fr. Dr. Alfhild Tamm, Stockholm, Stureparken 2, wurde zum ordentlichen, Dr. Eduard Kronengold, Wien, I., Grünangergasse 3, zum außerordentlichen Mitglied gewählt. — Ihren Austritt hat angemeldet: Frl. Frieda Teller (Prag).

Dr. R. H. Jokl
Schriftführer